Караяни А.Г.

Психологическая реабилитация участников боевых действий

Москва, 2003. – 80 с.

Содержание.

Глава 1. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ВОЙНЫ

Несмотря на обилие работ по вопросам психологической реабилитации участников боевых действий, вряд ли можно считать эту проблему исчерпанной. Во-первых, в указанных работах психологические последствия участия военнослужащих в боевых действиях трактуются различным образом. Во-вторых, в них практически не рассматриваются вопросы организации психологической помощи самым нуждающимся в ней категориям военнослужащих – раненым и инвалидам. Между тем в настоящее время в России проживают около 30 000 инвалидов войны, более 12 000 инвалидов «горячих точек», более 26 000 инвалидов Чернобыля.

Все это делает высоко актуальной, теоретически и практически значимой задачу разработки целостной концепции и технологии психологической реабилитации участников войны, и, прежде всего, инвалидов и раненых.

Общие психологические последствия участия в боевых действиях.

Боевой стресс и боевая психическая травма.

Война оказывает многообразное воздействие на психику, личность и поведение военнослужащего. Для отдельных ее участников война является своеобразным «моментом истины, «главным событием жизни», постижением смысла своего бытия на Земле. Однако если можно так выразиться, война больше «специализируется» на том, чтобы ломать, а не созидать. К сожалению, человеческое существо весьма уязвимо перед мощными стресс-факторами войны (опасность, гибель товарищей, ранение, инвалидность, участие в жестоком насилии, уничтожение противника, новизна и неожиданность изменения событий, высочайшая ответственность, боль и др.).

Главной причиной, перманентно источающейся психопатогенности войны, является то, что в бою человек вынужден действовать вопреки своей природе, наперекор могучим инстинктам самосохранения, игнорируя потребности собственного организма, во имя надличностных, социальных целей и интересов.

Американский специалист по психологическим последствиям войны Р. Габриэль отмечает: «История показывает, что как бы хорошо ни были подготовлены войска, какими бы слаженными ни были их действия, какими бы умелыми и знающими ни были их командиры, многие солдаты не выдерживают тех психологических нагрузок, которые наваливаются на них в ужасе боя», «находясь, длительное время на поле боя, невозможно не страдать от различных психологических расстройств».

Объемы таких расстройств приобретают поистине гигантские масштабы. В литературе неоднократно приводились данные о том, во время второй мировой войны только американские войска потеряли более 500 тысяч человек по причине боевых психических расстройств. Такого количества солдат хватило бы для укомплектования 50 пехотных дивизий. Эти дивизии

могли бы изменить ход любой военной компании. Соотношение психогенных и физических потерь в войсках XX века постоянно "пульсировало", обнаруживая" общую тенденцию к росту. На рис.1 можно наблюдать динамику такого соотношения в армиях разных стран в военных событиях прошедшего столетия.

Из сказанного следует, что «война имеет свои пределы, главным из которых является способность человека сохранить ясность ума и способность трезво действовать, несмотря на весь ужас окружающей обстановки».

Для того чтобы выжить в боевой обстановке, человек должен перестроить все свое существо (уровень бдительности и активности, скорость реакций, стиль поведения, систему ценностей и отношений к окружающему, людям, себе и т.д.) в соответствии с ее требованиями. И такая перестройка, приспособление к режиму боевой жизнедеятельности, к стресс-факторам войны происходит с каждым ее участником. Это приспособление называется «боевым стрессом».

Под боевым стрессом принято понимать многоуровневый процесс адаптационной активности человеческого организма в условиях боевой обстановки, сопровождаемый напряжением механизмов реактивной саморегуляции и закреплением специфических приспособительных психофизиологических изменений.

Принято выделять срочную адаптацию военнослужащих к боевой обстановке как комплекс реакций, направленных на приспособление к непривычным стимулам боевых условий, и долговременную адаптацию, сопровождающуюся такими кардинальными изменениями психики и личности воина, которые позволяют выжить в экстремальной обстановке войны.

Боевой стресс можно сравнить с действиями гарнизона древней крепости. При получении сигнала о приближении врага, защитники крепости повышают бдительность, усиливают дозоры и составы дежурных сил, проверяют прочность стен, ворот и засовов, готовят к бою оружие и боеприпасы, запасы воды и продовольствия, устанавливают особый режим жизнедеятельности, правила поведения на время осады. При нападении противника они мобилизуют все силы на отпор ему. Многие крепости сражались, чуть ли не до последнего защитника.

Боевой стресс – это процесс мобилизации всех имеющихся возможностей организма, иммунной, защитной, нервной, психической систем для преодоления жизнеопасной ситуации. У человека происходит изменение состава крови. Впрыскиваемые туда из желез внутренней секреции гормоны, вызывают у него тревогу, бдительность, агрессивность. Увеличивается объем легких, что позволяет доставлять больше кислорода к активно задействованным в работе органам. Сужение кровеносных сосудов ведет к повышению кровяного давления, усилению кровотока, перераспределяются схемы движения крови. У деятельностных личностей уменьшается ее доставка к внутренним органам и увеличивается – к сердцу, скелетным мышцам.

Внешне в боевой обстановке стресс проявляется в учащении пульса, дыхания, температуры тела военнослужащего, покраснении или побледнении кожных покровов, усилении потоотделения, высыхании во рту, треморе (дрожании мышц), изменении внешней активности (количества, частоты и амплитуды движений), учащении мочеиспускания, усилении тревоги и бдительности и др. Все перечисленные симптомы – это нормальные реакции человека на ненормальные обстоятельства боевой обстановки.

У лиц, принимающих длительное участие в боевых действиях, «закрепляется памятный след новых поведенческих навыков и стереотипов, имеющих первостепенное значение для выживания и выполнения поставленных задач». Среди них: восприятие окружающей среды как враждебной; гиперактивация внимания, тревожная настороженность; готовность к импульсивному защитному отреагированию на угрожающий стимул в виде укрытия, бегства, агрессии и физического уничтожения источника угрозы; сужение эмоционального диапазона, стремление к «уходу» от реальности и оценки ряда нравственных проблем; эффективное межличностное взаимодействие в микрогруппе, включающее способность к коллективной индукции; способность к моментальной полной мобилизации сил с последующей быстрой релаксацией; соответствующее экстремальному режиму психического функционирования нейровегетативное обеспечение. Адаптация к боевым условиям закрепляет в характере некоторых воинов повышенную ранимость, недоверчивость, отгороженность, разочарование и страх перед будущим, нарушение социальной коммуникации, склонность к агрессивному, саморазрушающему поведению и злоупотреблению наркосодержащими веществами. Кроме этого, у участников боевых действий, нередко, отмечается усиление тревожности, подавленности, чувства вины, повышенной чувствительности к несправедливости, «застревание» на негативных переживаниях и др.

В зависимости от вида воздействующего на организм стрессора, выделяют виды стресса .

Если вновь обратиться к метафоре осажденной крепости, можно констатировать, что возможности ее защитников не безграничны. Запасы воды, продуктов, боеприпасов иссякают, погибших воинов заменить некем. Мощный удар противника, обманный маневр (типа «Троянского коня») или длительная, изнуряющая осада способны сломить волю физически истощенных защитников к сопротивлению. Исходы могут быть различными: уничтожение всех до последнего сопротивляющегося, подрыв крепости вместе с собой ее защитниками, сдача на милость победителю, предательство, заключение мирного договора с неприятелем и др.

Так же не безграничны физические и психологические возможности участников боевых действий. По мнению Ю.А. Александровского, Я. Агреля и Л. Люнгберга, каждый человек обладает определенным адаптационным потенциалом или психологическим ресурсом, позволяющим преодолевать стресс-факторы определенной интенсивности. Если сила или продолжительность неблагоприятных внешних воздействий превысит

индивидуальные приспособительные возможности человека, происходит «слом адаптационного барьера» и его психическое травмирование. В этом случае говорят, что человек получил психическую травму.

Боевая психическая травма – возникающее вследствие воздействия боевых стресс-факторов патологическое состояние центральной нервной системы, обусловливающее регулирование поведения пострадавшего посредством патофизиологических механизмов. В результате психотравмирования происходит накопление изменений в структурах ЦНС, нарастание специфической личностной дисгармонии и готовности к психопатологическому синдромообразованию.

Таким образом, боевой стресс бывает конструктивным, мобилизующим, способствующим сохранению организма, целостности личности, и деструктивным, травмирующим, разрушающим организм и нервную систему.

Однако закономерно возникает вопрос, почему одно и то же событие у одних военнослужащих вызывает психотравму, а у других – нет. Ответ на этот вопрос волнует психологов давно. Наиболее четкий ответ на него, по нашему мнению, дает этиологическая мультифакторная концепция стресса А. Мэркера. Ее автор выделяет три группы факторов, сочетание которых приводит к психотравматизации:

1.Свойства травмирующих факторов: тяжесть травмы, ее неконтролируемость, неожиданность.

2. Отсутствие защитных факторов: способность к осмыслению происходящего; сформированные механизмы совладания; социальная поддержка.

3. Наличие факторов риска: возраст; отрицательный прошлый опыт, наличие психических расстройств в анамнезе; низкий социоэкономический опыт.

Практика показывает, что отсутствие хотя бы одного из перечисленных факторов многократно снижает возможность психотрамирования военнослужащих.

Учитывая это обстоятельство, считается, что человек пережил травматическое событие, если выполняются одновременно два условия:

1. Человек пережил или наблюдал одно или более событий, в которых с ним или с другими людьми произошло следующее: возникла угроза смерти, потенциальная или реальная; смерть другого человека; серьезное ранение или угроза получения инвалидности.

2. Человек реагировал на это интенсивным страхом и чувством беспомощности.

Связанные с боевой психической травмой функциональные нарушения (боевые стрессовые расстройства) включают различные состояния дезинтеграции психической деятельности предпатологического, патологического, в том числе и нозологического (уровня болезни) спектра.

Ю.А. Александровский выделяет две группы возможных реакций и состояний людей при жизнеопасных ситуациях: а) с непсихотической

симптоматикой - непатологические (физиологические) реакции, психогенные патологические реакции, психогенные невротические состояния; б) с психотическими расстройствами (острые и затяжные реактивные психозы). По существу здесь перечислены возможные уровни патологизации психики

К непатологическим (физиологическим) невротическим явлениям относятся реакции на боевой стресс (адаптационные реакции). Они проявляются в повышенной эмоциональной напряженности и психомоторных изменениях, вызванных страхом (множество нецелесообразных движений; беспорядочное, бесцельное метание; ступорозное обездвижение; отрывистая, несвязная речь). К названным симптомам прибавляются такие вегетативные реакции, как учащенное мочеиспускание, дисфункция желудка и кишечника; тошнота, головокружение, ознобоподобный тремор; изменение пигментации кожных покровов; ощущение нехватки воздуха, чувство удушья; ощущение сильной физической слабости, жара или холода и др.

Психогенные патологические реакции проявляются в симптомах астенического, депрессивного, истерического и других синдромов. Основным показателем того, что наблюдаемая симптоматика отражает непсихотический уровень травматизации военнослужащего, является сохранение им в достаточной степени критической оценки происходящего и способности к целенаправленной деятельности.

Расстройства психотического уровня в воинских частях крайне редки. Они характеризуются тем, что у пострадавших отмечаются выраженные нарушения психической деятельности, лишающие их возможности правильно (неискаженно) отражать происходящее, и имеет место полная утрата работоспособности. Как правило, военнослужащие с психическими расстройствами такого уровня получают помощь в специализированных медицинских учреждениях психиатрического профиля. В связи с этим в данной работе вопросы оказания психологической помощи пострадавшим с таким диагнозом не рассматриваются.

Ранение и инвалидность являются мощными факторами психической травматизации. Они оказывают существенное влияние на изменение Я-концепции личности и, в первую очередь, физического «Я» человека и «Я» реального. Поврежденный орган человека до конца жизни будет напоминать ему об одном из самых трагических событий в жизни. О такой травме невозможно забыть, даже если использовать самые эффективные психотехники. Существенной трансформации у инвалидов подвергается «Я» идеальное. Оно как бы уменьшается в размерах, вмещает гораздо меньший временной отрезок, чем он был до травмы. Существенно меняется содержание «Я» зеркального. Человеку кажется, что все «сверлят» глазами травмированную часть тела, рассматривают его исключительно как калеку, сторонятся, брезгуют. В результате может иметь место снижение самоценности личности, психологический уход человека в прошлое, утрата ощущения настоящего и девальвация ценности будущего. Эта тенденция отмечалась у 70% инвалидов войны, обследованных в процессе социально-

психологического тренинга в рамках реабилитационной акции «Память и милосердие» в Центре медицинской реабилитации «Русь» в ноябре 2002 года .

По масштабам прошлое ветерана многократно превосходит настоящее и будущее вместе взятые.Именно в прошлом произошли наиболее важные жизненные события (поступление на военную службу, женитьба, боевая травма, покупка автомобиля). Настоящее – лишено значимых событий. Будущее не прогнозируется даже в фантазиях. Так видит свой жизненный путь инвалид войны (ампутация ног) в свои 26 лет.

Не менее драматична «линия жизни» другого ветерана войны, дважды принимавшего участие в боевых действиях, получившего ранение в ногу и контузию (см. рис. 4).

Глядя на рисунок, создается впечатление, что жизнь ветерана в его 28 лет осталась в далеком прошлом, что им не прогнозируются простые жизненные события будущего (образование детей, повышение собственной квалификации, интересные поездки, продвижение по службе, улучшение жилищных условий и др.).

Раненные и инвалиды неохотно вступают в контакт с окружающими до тех пор, пока не перестают чувствовать себя «не такими как все». Однако образ жизнедеятельности физически здоровых людей практически на каждом шагу содержит своеобразные «закладки», указывающие на «нетаковость» инвалидов: лифты, не вмещающие инвалидные коляски; отсутствие аппарелей для входа в помещения и транспорт; нехватка транспортных средств для самостоятельного передвижения; отсутствие приборов и устройств для облегчения жизнеобеспечения в квартире и др.

Особенно психотравматогенным обстоятельством является отсутствие у большинства инвалидов возможности достойно трудиться и материально обеспечивать свое существование.

У ветеранов, имеющих боевые ранения, также на всю жизнь остается своеобразный «якорь» (след раны), случайная актуализация которого психологически возвращает его в травмирующую ситуацию.

Все это накладывает специфический отпечаток на проявление психологических последствий у инвалидов войны и раненых.

Психологическая характеристика посттравматического стрессового расстройства

Психологические изменения у ветеранов войны могут наблюдаться в виде отдельных разрозненных симптомов, в виде более или менее взаимосвязанных проявлений и в виде синдрома – посттравматического стрессового расстройства.

Психика людей, перестроенная под потребности боя, оказывается неприспособленной к мирной обстановке, к стандартным ценностям общества, к оценке мирными гражданами пережитых ветераном военных событий и др. В этой связи появляются возможности как дополнительной психотравматизации ветеранов, так и порождения у них неприятия существующих социальных ценностей, развития асоциальных форм

поведения и др. Об этом говорят данные, полученные нами на материале опроса 180 участников боевых действий. В эмоциональной сфере военнослужащих, вернувшихся из района локального военного конфликта, преобладают крайне противоречивые переживания.

Ощущение того, что их просто «подставили», «использовали» для достижения политических, экономических, криминальных и иных целей, было характерно для американцев-ветеранов Вьетнама, для участников боевых действий в Афганистане после 1985 года, для ветеранов чеченского военного конфликта.

Это стало следствием того, что во всех перечисленных случаях военнослужащие, возвращавшиеся с полей сражений, были оставлены наедине с собой, а вскоре попросту забыты. Один из великих принципов морально здорового общества гласит: «Как бы не закончилась война - победой или поражением, – солдата достойно должны встретить свой народ, свои руководители, своя семья. Этот принцип не был учтен. Тысячи военнослужащих, первоначально нуждавшиеся в обычном одобрении, понимании, поддержке окружающих и не дождавшиеся этого, до сих пор пополняют ряды психотравматиков.

Наличие в профиле переживаний ветеранов желания вновь участвовать в военных событиях, ненависти к противнику, навязчивых военных воспоминаний, ночных кошмаров и агрессивности прямо указывает на симптоматику посттравматического стрессового расстройства. А сосуществование таких противоречивых тенденций как чувство честно выполненного долга и ощущение, что тебя предали, непонимание того, ради чего воины жертвовали жизнью, является основой для разрушительных внутриличностных конфликтов и их вторичной психотравматизации.

Наличие в профиле переживаний ветеранов желания вновь участвовать в военных событиях, ненависти к противнику, навязчивых военных воспоминаний, ночных кошмаров и агрессивности прямо указывает на симптоматику посттравматического стрессового расстройства. А сосуществование таких противоречивых тенденций как чувство честно выполненного долга и ощущение, что тебя предали, непонимание того, ради чего воины жертвовали жизнью, является основой для разрушительных внутриличностных конфликтов и их вторичной психотравматизации.

Наблюдение за поведением ветеранов локальных военных конфликтов и беседы с ними показывают, что сформировавшийся у них в боевой обстановке комплекс личностных изменений порой трансформируется в своеобразный комплекс «военизированной психики», для которого характерны специфические феномены в потребностной сфере, в области ценностных ориентаций и социального взаимодействия военнослужащих. Так, вследствие имеющего место упрощения когнитивной сферы участников экстремальной деятельности у них отмечается усиление жесткости, бескомпромиссности и ригидности нравственных ориентиров. Нередко проявляется стремление переделать гражданскую жизнь по негласным законам человеческих отношений военного времени.

При возвращении в мирную обстановку у ветеранов боевых действий актуализируется целый ряд потребностей. Эти потребности носят универсальный характер, однако, в данном случае, они имеют чрезвычайную степень выраженности.

Во-первых, у большинства участников боевых действий отмечается ярко выраженное желание быть понятым. Они хотят иметь в контакте с окружающими такую обратную связь, которая бы явно подтверждала, что они сражались за правое дело, что их участие в жестоком насилии нравственно оправданно и социально полезно. По существу речь идет о действии такого механизма психологической защиты человека, как рационализация, позволяющего военнослужащему преодолеть комплекс вины, оправдаться перед самим собой, своей совестью, сделать воспоминания об агрессивных и жестких поступках менее травмирующими.

Во-вторых, в психологической картине переживаний участников боевых действий отмечается потребность быть социально признанными. Естественное желание человека быть личностью, получить высокую оценку своих личных усилий, действий у людей, возвращающихся в мирную жизнь, приобретает особое значение. При этом справедливо считается, что достойными общественного признания являются не только героические поступки, но и внутренние победы человека над собой, уже само то, что военнослужащий не струсил, не дезертировал, не симулировал и т.д. Наблюдается желание, чтобы факт положительной оценки стал известен широкому кругу людей, сослуживцам, членам семьи.

В-третьих, важной тенденцией, характеризующей психическое состояние участников боевых событий, является стремление быть принятым в систему социальных связей и отношений мирной жизни с более высоким, чем прежде, социальным статусом. Это объяснятся тем, что дело, которое они делали «там», социально более значимо, чем-то, которым занимались военнослужащие, оставшиеся в местах постоянной дислокации частей. На основании этого участники боевых действий ожидают особого отношения к себе со стороны окружающих. В противном случае возникают различного рода синдромы по типу «чеченского», когда со стороны участников боевых действий проявляется агрессивное отношение к сослуживцам, не получившим боевого опыта.

В-четвертых, нередко у людей, возвращающихся из зоны боевых действий локального венного конфликта, наблюдается своеобразное «ошеломление» при столкновениях с реальностями мирной жизни. Им трудно свыкнуться с мыслью, что в то время, когда они рисковали жизнью, в стране, в армии ничего не изменилось, общество вообще не заметило их отсутствия. Более того, оказывается, не все люди разделяют их взгляды на цели, характер и способы ведения войны. Это может вызвать состояние психического шока, привести к серьезным психическим расстройствам у ветеранов войны, сформировать у них ощущение враждебности социального окружения.

В-пятых, существенной психологической характеристикой участников локальных военных конфликтов является снижение порогов чувствительности к социальным воздействиям. С психологической точки зрения, они становятся как бы особенно обнаженными, ранимыми.

В том случае, если перечисленные тенденции и особенности психической жизни ветеранов войны не учитываются в работе с ними, создаются предпосылки для возникновения сложных психологических и социальных последствий. Вместе с отчаянием, фрустрацией, апатией у военнослужащих могут развиваться личностные трансформации, складываться искаженная, патологическая картина мира, формироваться агрессивное, конфликтное поведение. Неподготовленное, стихийное столкновение участников локальных военных конфликтов с реалиями мирной жизни чревато усилением их психотравматизации и манифестаций посттравматических стрессовых расстройств.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) – отсроченная по времени психопатологическая комплексная реакция на психотравматическое событие, оформившаяся в целостный синдром.

Относительно необходимости выделения целостного синдрома, его симтомокомплексов и симптомов на протяжении длительного времени идут научные споры между представителями различных специальностей (медики, психологи, социальные работники и др.) и между различными научными школами в самой психологии. Однако в последнее время ПТСР описаны как синдром и отдельная психодиагностическая категория в ряде авторитетных классификаторов болезней, что дает основания для рассмотрения его в качестве целостного, комплексного образования.

Впервые официально вопрос о необходимости выделения целостного синдрома, называемого «посттравматическое стрессовое расстройство», был поставлен в США в 1980 году. Именно тогда в публикацию третьего издания американского классификационного стандарта, подготовленного Американской психиатрической ассоциацией, DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) был внесен раздел, содержащий описание критериев для диагностики нарушений и расстройств, вызванных психотравмирующими обстоятельствами, выходящими за рамки обычного человеческого общества. Этот раздел уточнен и сохранен в новой редакции стандарта DSM-IV (код F43.1) в 1994 году. В этом же году аналогичный раздел появился и в Международном классификаторе болезней МКБ –10 (код. 309.81). Несмотря на то, что ПТСР формально является психическим заболеванием, его изучение, диагностика, и психотерапия относятся к компетенции клинического психолога.

Принятие решений об официальной фиксации данного синдрома в международных и национальных классификаторах заболеваний обусловлено широким распространением ПТСР. В различных источниках приводятся данные, что на протяжении жизни ПТСР страдают около 1% населения, а до 15% людей после тяжелых травм могут испытывать отдельные симптомы этого заболевания.

В целом ряде исследований констатируется, что посттравматические стрессовые расстройства составляют от 10 до 50% всех медицинских последствий боевых событий. Ими, по сей день, страдают 29-45% ветеранов второй мировой войны, 25-30% американских ветеранов вьетнамской войны. Среди лиц, получивших ранения, ПТСР достигают 42%. 18,6% участников боевых действий в Афганистане испытывают на себе действие этого синдрома. Из них хронически больными являются 41,7 %, инвалидами 56,2%.

По оценкам П.А.Корчемного, в течение ближайших лет более 10 000 участников боевых действий в Чечне будут иметь явные проблемы с психикой. По прогнозам других специалистов, посттравматические проявления сохранятся в течение продолжительного времени у 25% лиц из этой категории. По данным исследования американских ветеранов войны во Вьетнаме, проведенного в 1988 году, у 15,2% из них наблюдались выраженные ПТСР, а еще у 11,1% отмечались отдельные симптомы таких расстройств. Среди этих лиц в 5 раз возрастал риск остаться безработными, около 70% из них хотя бы один раз развелись с супругами, у 35% отмечены родительские проблемы, у 47,3% - крайние формы изоляции от людей, у 40% - выраженная враждебность к окружающим. 36,8% представителей этой социальной группы совершают более 6 актов насилия в год, 50% были арестованы и посажены в тюрьму (в том числе 34,2% - более одного раза).

По другим данным, примерно у 25% американских ветеранов Вьетнама отмечается развитие неблагоприятных личностных изменений после полученной психотравмы. К началу 1990-х гг. около 100 000 ветеранов этой войны покончили жизнь самоубийством. 40 000 ведут замкнутый, почти аутичный, образ жизни. Среди раненых и инвалидов войны процент лиц с ПТСР превышает 42%, тогда как среди физически здоровых ветеранов войны их 10-20%. 56% людей, переживших тяжелые боевые события, умирали и были больны в возрасте до 65 лет.

Менее драматичная, но весьма схожая картина наблюдается в социальном функционировании ветеранов военных конфликтов в нашей стране.

Важнейшими клиническими симптомами ПТСР, согласно DSM-IV, являются:

I.Травматическое событие настойчиво повторяется в переживании одним (или более) из следующих способов:

1. Повторяющееся и навязчивое воспроизведение события, соответствующих образов, мыслей и восприятий, вызывающее тяжелые эмоциональные переживания.

2.Повторяющиеся тяжелые сны о событии.

3. Тяжелые действия или ощущения, как если бы травматическое событие переживалось вновь (включает ощущения «оживления» опыта, иллюзии, галлюцинации и диссоциативные эпизоды –«флэшбэк-эффекты», включая те, которые появляются в состоянии интоксикации или в просоночном состоянии).

4. Интенсивные тяжелые переживания, которые были вызваны внешней или внутренней ситуацией, напоминающей о травматических событиях или символизирующей их.

5. Физиологическая реактивность в ситуациях, которые внешне или внутренне символизируют аспекты травматического события.

II. Постоянное избегание стимулов, связанных с травмой, и numbing-блокировка эмоциональных реакций, оцепенение (не наблюдалось до травмы). Определяется по наличию трех (или более) из перечисленных ниже особенностей.

1.Усилия по избеганию мыслей, чувств или разговоров, связанных с травмой.

2. Усилия по избеганию действий, мест или людей, которые пробуждают воспоминания о травме.

3. Неспособность вспомнить о важных аспектах травмы (психогенная амнезия).

4. Заметно сниженный интерес или неучастие в ранее значимых видах деятельности.

5.Чувство отстраненности или отделенности от остальных людей.

6. Сниженная выраженность аффекта (неспособность, например, к чувству любви).

7. Чувство отсутствия перспективы в будущем (например, отсутствие ожиданий по поводу карьеры, женитьбы, детей или пожелания долгой жизни).

III. Постоянные симптомы возрастающего возбуждения (которые не наблюдались до травмы). Определяются по наличию, по крайней мере, двух из ниже перечисленных симптомов.

1. Трудности с засыпанием или плохой сон (ранние пробуждения).
2. Раздражительность или вспышки гнева.
3. Затруднения с сосредоточением внимания.
4. Повышенный уровень встревоженности, гипербдительность, состояние постоянного ожидания угрозы.
5. Гипертрофированная реакция испуга.

Обязательным условием для диагностики ПТСР является установление длительности протекания расстройства. ПТСР диагностируется лишь в том случае, когда продолжительность проявления описанных выше симптомов составляет не менее 1 месяца.

Не менее важным условием для вынесения диагноза является то обстоятельство, что расстройство вызывает клинически значимое тяжелое эмоциональное состояние или нарушения в социальной, профессиональной или других важных сферах жизнедеятельности.

Сегодня имеются различные подходы к выделению типов ПТСР. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. дают следующую классификацию ПТСР: острое – симптомы сохраняются менее 3 месяцев; хроническое – симптомы сохраняются 3 и более месяцев; отсроченное – симптомы возникают, по меньшей мере, через 6 месяцев после

психотравматизации. В отдельных случаях ПТСР протекают в течение многих лет и переходят в хроническое изменение личности. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. выделяют виды ПТСР: острые – симптомы возникают в пределах 6 месяцев после травмы и сохраняются не боле 6 месяцев; хронические – симптомы проявляются после 6 месяцев и продолжаются более 6 месяцев; отсроченные – проявляются после скрытого периода (месяцы, годы) и продолжаются более 6 месяцев.

Кроме этого некоторые авторы выделяют так называемые вторичные признаки ПТСР. К ним относят: алкогольную, медикаментозную или наркотическую зависимость; склонность к суицидальным мыслям и попыткам; депрессия; заболевания сердечно-сосудистой системы; боли различной этиологии, сексуальные дисфункции, девиантное поведение и др.

Таким образом, психологические последствия участия в боевых действиях многообразны по содержанию, форме и динамике проявления. Закрепляясь в личностных структурах и поведении ветеранов, они определяют их поведение много лет спустя после окончания участия в военных событиях. Негативные последствия психотравмы, интегрируясь в целостный симптом, образуют клиническую картину посттравматического стрессового расстройства – патологического психического расстройства.

Методики диагностики посттравматических стрессовых расстройств

Начальным моментом оказания психологической помощи ветеранам войны является диагностика вида и уровня психологических последствий его участия в войне. На сегодняшний день разработано большое число диагностических методик, с помощью которых можно выявлять и оценивать ПТСР. Среди них наиболее известными являются:

- Структурированное клиническое диагностическое интервью (СКИД) и Шкала для клинической диагностики ПТСР
- Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)
- Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант)
- Миннесотский многофакторный личностный опросник
- Опросник травматического стресса И.О. Котенева
- Шкала оценки интенсивности боевого опыта
- Краткая шкала тревоги, депрессии и ПТСР (Б. Харт)

Кроме этого для изучения ПТС применяются методики, разработанные в интересах диагностики отдельных психических феноменов, составляющих общую картину синдрома:

- Тест психиатрической оценки Эндикотта и Шпицера
- Опросник Гилера
- Шкала SSS
- Опросник Вильсона и Крауса
- Опросник личностной и ситуационной тревожности Спилбергера-Ханина
- Опросник депрессивности Бека

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (шкала Дерогатиса)
- Методика структурированного опроса участников психотравмирующих событий (Долгополова С.В.);
- Опросник жизненных событий (Хохловой Н.Г.);
- Методика оценки уровня психологического дистресса в экстремальных условиях служебной деятельности (И.О. Котенева).

Наибольшее распространение из числа перечисленных методик в психодиагностической работе с ветеранами, страдающими ПТСР, находят структурированное клиническое диагностическое интервью, применяемое совместно с клинической диагностической шкалой; Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС), Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций (военный вариант) и др. Учитывая широкую представленность диагностических методик в литературе и их доступность, подробное описание их в данной работе не имеет смысла.

Задачи, методы и принципы психологической реабилитации раненых и инвалидов войны

Перед обществом, встречающим своих солдат с войны, остро встают очень важные и неотложные вопросы.

Во-первых, каким образом вернуть обществу полноценных в психологическом и нравственном отношении граждан, защитить общество от разгула агрессии и неконтролируемой спонтанной воинственности.

Во-вторых, как уберечь ветеранов войны, по существу людей с «обнаженной», незащищенной психикой от травмирующего воздействия жестокой мирной жизни.

В-третьих, как поддержать веру потенциальных защитников Родины в ее способность заботиться о своих лучших сыновьях.

Ответы на эти вопросы напрямую связаны с проблемой психологической реабилитации участников боевых действий.

Анализ литературных источников и документов показывает, что сегодня имеют место несколько позиций, по-разному трактующих сущность, объектную область, содержание, этапы психологической реабилитации, а также соотнесенность этого понятия с другими базовыми категориями психологического вспомоществования "человеку-воюющему".

Представляется крайне необходимым выработать научные положения, сопряженные с опытом развития концепции психологического обеспечения боевых действий войск, которые могут составить элемент методологического фундамента теории и практики психологической реабилитации участников боевых действий. Это следующие положения:

Необходимость психологической реабилитации вытекает из гуманистического отношения к человеку, рискующему собственным здоровьем и жизнью ради государственных интересов. В табл.1. показано, что гипотетически могут иметь место три подхода к оценке воина: отношение к нему как к «расходному материалу", как к «средству» и как к «ценности».

«Расходный материал» по определению «вводиться» в дело и исчезает в самом технологическом процессе. Единственное требование к нему - на каком-то цикле технологического процесса обеспечить его непрерывность. При таком подходе к человеку можно ограничиться исключительно приданием ему необходимых психических кондиций в процессе психологической подготовки.

«Средство» является уже одним из основных элементов и факторов достижения цели. В отличие от «расходного материала» оно многоразово и требует ухода, сбережения. При отношении к воину как к «средству» кроме психологической подготовки требуется и своеобразный «психологический регламент» в виде хорошо скоординированной психологической поддержки и помощи, нацеленных на расширение психологических возможностей воинов, сохранение их психического здоровья, повышение боевой эффективности.

«Ценностное» отношение к человеку предполагает признание в нем средоточия целей и интересов, высшего достояния общества и государства. При таком подходе, вовлечение человека в войну априори предполагает наличие специальных усилий государства по сохранению его психического здоровья, по его возвращению в общество, оказание помощи во встраивании в систему связей и отношений мирного времени.

Таким образом, потребность в психологической реабилитации участников боевых действий осознается и начинает реализовываться обществом лишь тогда, когда в общественном сознании формируется «ценностное» отношение к личности воина. Похоже, Россия вплотную подошла к такому пониманию.

Важным методологическим моментом является установление видо-родовых отношений понятия «психологическая реабилитация» с другими родственными категориями, и, прежде всего, с такими как «психологическая помощь» и «социально-психологическая реадаптация».

По нашему мнению, под психологической помощью следует понимать любую целенаправленную активность человека направленную на расширение психологических возможностей другого человека в его личностном и социальном функционировании. Диапазон форм психологической помощи предельно широк и включает: простое соприсутствие, порождающее эффект фасилитации; сообщение полезной информации; психическое заражение; демонстрация эффективных моделей поведения; обучение; стимуляция; консультирование; психотерапия и др.

Помощь может оказываться до начала, во время выполнения боевой деятельности и после нее. Таким образом, «психологическая помощь» – это наиболее широкое из сравниваемых понятие.

Психологическая реабилитация, безусловно, разновидность психологической помощи в той части, в которой она нацеливается на восстановление утраченных (нарушенных) психических возможностей и здоровья.

Под социально-психологической реадаптацией понимается процесс организованного, постепенного психологического возвращения участников боевых действий с войны и бесконфликтного, нетравмирующего «встраивания» их с систему социальных связей и отношений мирного времени.

Социально-психологическая реадаптация осуществляется со всеми участниками боевых действий в целях профилактики развития у них посттравматических стрессовых расстройств, дезадаптации, конфликтов с окружающими.

Социально-психологическая реадаптация включает:

· специальный период жизнедеятельности частей и подразделений, своеобразный «психологический карантин» («психологическую дезинфекцию»)

· создание реадаптирующей среды вокруг ветеранов боевых действий в семье, подразделении, части

· выявление ветеранов с симптомами ПТСР и проведение с ними мероприятий психологической реабилитации

Психологический карантин:

Целью деятельности командиров, заместителей по воспитательной работе, военных психологов и медиков на этапе «карантина» является удовлетворение естественных потребностей участников боевых событий в понимании, признании, престиже, снятие психической напряженности и психологическая подготовка их к мирным условиям жизнедеятельности

«Карантин» предполагает:

· тщательный разбор боевых действий личного состава, по возможности положительная оценка вклада каждого военнослужащего в решение боевых задач

· вовлечение военнослужащих в динамичную, нескучную и несложную деятельность

· организация специальной психологической подготовки к жизни и деятельности в мирных условиях.

· выявления военнослужащих, получивших боевые психические травмы, и оказания им психологической помощи

· постепенное вовлечение людей с «мирной» психикой в контакты с ветеранами боевых действий.

Создание реадаптирующей среды:

* Достойная встреча участников боевых действий

* Публичное признание социальной значимости их участия в боевых действиях

* Признание их нового, более высокого социального статуса

*Понимание специфических ценностей боевого братства, особенностей психических реакций и поведения ветеранов

* Вовлечение ветеранов в активную общественную работу

* Создание условий для поддержания благоприятной психологической атмосферы в семье

* Раннее выявление, быстрое и позитивное разрешение межличностных конфликтов с участием ветеранов

* Постепенное «стирание» социальной стратификации по критерию участия в боевых действиях

В процесс социально-психологической реадаптации психологическая реабилитация входит как составляющая часть, касающаяся помощи лицам с симптомами психических дисгармоний.

Однако психологическая реабилитация может выступать и как самостоятельная деятельность, направленная на восстановление психических функций, боевых возможностей и личностных качеств участников боевых действий, получивших боевую психологическую травму, в интересах быстрого возвращения их в боевой строй.

Таким образом, под психологической реабилитацией целесообразно понимать деятельность, осуществляемую субъектами психологической работы, направленную на восстановление психических функций, личностных свойств и системы отношений личности военнослужащего, позволяющие ему успешно решать боевые задачи и функционировать в мирном социуме. То есть ее объектом являются лица, получившие боевую психическую травму, которая проявляется остро или отсрочена во времени.

Важным моментом понимания сущности психологической реабилитации является выявление ее соотношения с родственными видами деятельности. Представляется эвристичной позиция, при которой она рассматривается как составной элемент целостного реабилитационного комплекса, включающего реабилитацию медицинскую, профессиональную, социальную и психологическую.

При этом на границе взаимодействия с этими видами реабилитации возникают области их переплетения, взаимного проникновения, дающие возможность говорить о «медико-психологической», «профессионально-психологической», «социально-психологической реабилитации».

Медико-психологическая реабилитация предполагает мобилизацию психологических возможностей военнослужащих в преодолении последствий ранений, травм, инвалидизации, купирование болевых ощущений, психологическую подготовку пострадавших к операциям и в послеоперационный период.

Профессионально-психологическая реабилитация направляется на быстрое восстановление профессионально-важных качеств раненых, психотравмированных военнослужащих и инвалидов военных действий; их профессиональную переориентацию и переподготовку, трудоустройство и профессиональную адаптацию; снятие усталости и восстановление физической работоспособности.

Социально-психологическая реабилитация ориентируется на создание вокруг ветеранов боевых действий реабилитирующей социальной среды. Наряду с реализацией принципа безбарьерной архитектуры в градостроительстве и транспорте (бордюры, аппарели, лифты и др.) должен

быть реализован принцип "безбарьерных" отношений для инвалидов в обществе.

В общественном сознании необходимо формировать образ инвалида с реальными перспективами в карьере, в динамике социального статуса.

Собственно психологическая реабилитация решает широкий круг задач психологической помощи участниками боевых действий. И, прежде всего, таких как:

1. Нормализация психического состояния.
2. Восстановление нарушенных (утраченных) психических функций.
3. Гармонизация Я-образа ветеранов войны со сложившейся социально-личностной ситуацией (ранение, инвалидизация и др.).
4. Оказание помощи в установлении конструктивных отношений с референтными личностями и группами и др.

Таким образом, по существу целью психологической реабилитации ставиться восстановление психического здоровья и эффективного социального поведения.

Важное положение, определяющее действенность психологической реабилитации связано с констатацией основных принципов ее осуществления. Исследователи выделяют ряд таких принципов. В целом, соглашаясь с их перечнем, мы хотели бы особое внимание обратить на принцип превентивности.

Его реализация предполагает априорное «закладывание», «встраивание» в систему жизнедеятельности войск таких элементов, которые бы в случае необходимости автоматически срабатывали бы, предупреждая развитие БПТ.

Пытаясь реализовать этот принцип, руководство армии США в 80-е гг. ввело в армейских подразделениях систему так называемой «товарищеской взаимопомощи». Суть ее состоит в том, что все военнослужащие от рядового до генерала обучаются методам экстренной визуальной диагностики чрезмерных эмоциональных переживаний и оказания им психологической поддержки.

Как известно, сегодня существует несколько самостоятельных моделей боевой психотравматизации: информационная, когнитивная, психофизиологическая, биохимическая, поведенческая. В последнее время все большей популярностью пользуется социально-психологическая модель, в соответствии с которой предполагается, что по существу любой боевой стресс-фактор может быть успешно преодолен человеком, если он получает действенную социальную поддержку. Другими словами самым эффективным антитравматическим средством и лучшим психотерапевтом является сослуживец и воинский коллектив. Опыт Советской Армии, в которой в годы ВОВ доминировали отношения дружбы и войскового товарищества, убедительно подтверждает верность этого положения

Другими общеизвестными принципами психологической реабилитации участников боевых действий являются принцип неотложности («минуты года берегут»), принцип приближения реабилитационных учреждений к линии фронта (для лиц, возвращаемых в боевой строй), принцип простоты

мероприятий (доступность для самих военнослужащих, командиров, офицеров органов ВР), принцип преемственности и индивидуализации мероприятий и др.

Принципиальная схема и методы психологической реабилитации инвалидов войны и раненых

Согласно существующим представлениям комплекс реабилитационных мероприятий, в том числе психологической реабилитации, осуществляется на госпитальном, санаторном и амбулаторно-поликлиническом этапах. Содержание этих этапов подробно пописано в соответствующих документах, рекомендациях, наставлениях.

Опыт осуществления психологической реабилитации ветеранов войны с ПТСР позволил выделить своеобразную «траекторию» осуществления психореабилитационных мероприятий. Соглашаясь с Нечипоренко В.В., Литвинцевым С.В., Снедковым Е.В., Маликовым Ю.К. и Саламатовым В.Е., мы считаем целесообразным обеспечивать следующую этапность проведения реабилитации с инвалидами войны (см. табл. 2).

Логика такого подхода состоит в том, чтобы изначально подготовить ветеранов войны, инвалидов к активному психотерапевтическому сотрудничеству путем снятия неактуальных напряжения, агрессии, недоверия, изучения их психологических особенностей и специфики психологических проблем. На этом этапе осуществляется обучение инвалидов методам психической самрегуляции, проводятся психофизические тренировки по снятию мышечных зажимов, неактуального психического напряжения. Большое значение имеет трудотерапия, которая показана с момента иммобилизации поврежденных конечностей, расширяя и усложняя ее в дальнейшем, придавая трудовым процессам профессиональную направленность.

Важно, чтобы выполняемая работа была осмысленной и полезной. Особую эффективность трудотерапия имеет при повреждениях верхних конечностей. Здесь хороший эффект может дать и арттерапия (рисование, лепка). Главное внимание следует уделить тому, чтобы процесс вовлечения поврежденных конечностей в трудовой процесс происходил постепенно. Для инвалидов с повреждением нижних конечностей важным реабилитационным актом является дозированная лечебная ходьба (за каталкой, с костылями, с клюшкой и др.). Ходьба увеличивает возможности для расширения социальных контактов, снимает ощущение «прикованности», «обездвиженности», беспомощности.

На втором этапе осуществляется разрешение психологических проблем реабилитируемых.

Третий этап посвящается личностному росту, развитию коммуникативной компетентности и активности, формированию «вкуса» к социальным контактам.

Опыт психореабилитационной работы, накопленный в Центре медицинской реабилитации инвалидов войны в Афганистане показывает, что практически весь комплекс психореабилитационных мероприятий с инвалидами войны

может успешно осуществляться на общем фоне социально-психологического тренинга, нацеленного на личностный рост и развитие коммуникативной компетентности. Такой тренинг ориентируется на решение широкого круга психореабилитационных задач. Среди них наиболее важными являются следующие:

1. Познание участниками своих психологических и личностных особенностей, оценка эффективности предпочитаемых коммуникативных стратегий.
2. Создание у участников новой когнитивной модели жизнедеятельности, восстановление ощущения ценности собственной личности и способности эффективного существования в мире, укрепление уверенности в своих силах.
3. Снижение у ветеранов чувства изолированности и развитие чувства локтя, принадлежности к группе и человеческому сообществу, психологического комфорта.
4. Формирование у участников тренинга умений и навыков построения точного образа партнеров по общению, «калибровки» их коммуникативных стратегий; совершенствование тактики коммуникативного присоединения к партнеру по общению; развитие навыков управления процессом взаимодействия в обычных и конфликтных ситуациях и оценки эффективности коммуникации.
5. Научение участников приемам психической саморегуляции и расширения своих психологических возможностей в интересах обретения власти над эмоциональными реакциями, снижения тревожности и восстановления чувства личностной целостности и контроля над событиями и эффективного общения.
6. Решение личностных проблем участников, проявляющихся в сфере их общения с окружающими.

Таким образом, в процессе тренинга появляется место для: разблокирования системы психологической защиты инвалидов, создания эмоционально-поддерживающей атмосферы в группе, осуществления индивидуальной и групповой психокоррекции, обучения навыкам эффективного общения.

Методы психологической самопомощи

Для решения задач первого этапа психологической реабилитации инвалидов и раненых эффективным методом работы является обучение участников методам психической саморегуляции, и практическое выполнение их в психотерапевтических целях.

Как отмечалось выше, в качестве психологических последствий психотравмирующего стресса часто наблюдаются симптомы нарушения баланса вегетативной нервной системы (группа симптомов гиперактивации). Это такие симптомы как нарушения сна, тремор конечностей, головные боли, неприятные ощущения в желудке, общая мышечная скованность и т.п. Для снятия подобных нарушений наиболее адекватными и эффективными являются методы психической саморегуляции: нервно-мышечная релаксация

(метод Джекобсона), аутогенная тренировка (метод Шульца), гипно-суггестивная терапия с элементами саморегуляции по методу Куэ, медитативные техники.

Самовнушение по методу Куэ

Широкое распространение среди приемов самовнушения получила методика французского аптекаря Куэ, названная им «школой самообладания путем сознательного самовнушения». Метод Куэ – метод самовнушения, основанный на многократном повторении формулы, содержащей утверждения о хорошем здоровье того или иного органа, хорошем самочувствии, настроении, уверенности в себе и т.д. Сознательное самовнушение по Куэ - лечебный метод, позволяющий, подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Согласно Куэ, формула самовнушения (лечебные представления) должна быть простой и не носить подавляющего характера. Например: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше». Произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий.

Техника лечения включает в себя ряд последовательных действий:

1. Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой объясняется влияние самовнушения на организм, его целебного воздействия на последствия психотравмирующего стресса. Чтобы убедить больного в том, чтобы его собственные мысли, представления могут влиять на непроизвольные функции организма, используют ряд проб на внушаемость. Например: грузик, подвешенный на нитке (маятник Шевроле), раскачивается в неподвижной руке пациента только при одном представлении о его движении. Это усиливает внушаемость больного и убеждает его в действенности метода.

2. Составление формулы самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Требования к формуле: простота, немногословность (3-4 фразы), позитивное содержание. Например, «Я здоров» вместо «Я не болен». Для усиления веры в свои силы может использоваться формула: «Я могу, Я могу, Я могу». В ситуации травматического стресса формула может быть расширенной, например, человек может внушать себе: «Моё решение победить стресс окончательное. Как бы тяжело мне не было от перенесенной утраты, в любом случае не изменю своему решению».

3. Процесс самовнушения. Больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, не громко, но так, чтобы сам больной слышал то, что он говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3-4 минуты, повторяется 2-3 раза в день в течение 6-8 недель. Рекомендуется использовать для проведения сеансов просоночные состояния утром при пробуждении и вечером при засыпании.

Чтобы не отвлекать своего внимания на счет используют шнур с двадцатью узелками, которые перебираются как четки.

Преимуществом метода Куэ является тот факт, что пациент сам активно участвует в процессе лечения. Сеансы самовнушения можно проводить в любой обстановки и в любое время.

Аутотренинг (метод Шульца)

Активным методом психотерапии, психопрофилактики и психогигиены, направленным на восстановление динамического равновесия системы гомеостатических саморегулирующих механизмов организма человека, нарушенного в результате воздействия психотравмирующего стресса, является аутогенная тренировка. Аутогенная тренировка (АТ) - (от греч. autos - сам, genos - происхождение) - самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) и гипнотического транса (высшая ступень).

Как лечебный метод АТ была предложена для лечения неврозов Шульцем в 1932 году. Воздействие АТ на организм сопровождается снижением общей тревожности и развитием антистрессовых тенденций.

Выделяют две ступени АТ (по Шульцу): 1) низшая ступень - обучение релаксации с помощью упражнений, направленных на вызывание ощущения тяжести, тепла, на овладение ритмом сердечной деятельности и дыхания; 2) высшая ступень - аутогенная медитация - создание трансовых состояний различного уровня.

Низшую ступень, АТ-1, составляют шесть стандартных упражнений, которые выполняются в одной из трех поз: 1) «поза кучера» (сидя на стуле слегка опущенной вперед головой, кисти и предплечья лежат свободно на передней поверхности бедер, ноги свободно расставлены; 2) положение, лежа - на спине, голова на низкой подушке, руки несколько согнуты в локтевом суставе, свободно лежат вдоль туловища ладонями вниз; 3) полулежа - облокотившись на спинку кресла, руки на передней поверхности бедер или на подлокотниках, ноги свободно расставлены. Во всех трех положения достигается полная расслабленность, для лучшей сосредоточенности глаза закрыты.

Упражнения выполняются путем мысленного повторения (5-6 раз) соответствующих формул самовнушения. Каждое из упражнений заканчивается формулой-целью: «Я совершенно спокоен».

Первая ступень АТ состоит из шести стандартных упражнений: 1) вызывание ощущения тяжести в руках и ногах; 2) вызывание ощущения тепла в руках и ногах; 3) регуляция ритма сердечных сокращений; 4) нормализация и регуляция дыхательного ритма; 5) вызывание ощущения тепла в брюшной полости; 6) вызывание ощущения прохлады в области лба с целью предотвращения и расслабления, головных болей.

Показателем усвоения очередного упражнения является генерализация ощущений. Например, упражнение по внушению тепла в конечностях считается усвоенным тогда, когда тепло начинает разливаться по всему телу.

На проработку каждого упражнения уходит две недели. Весь курс АТ-1 длится около трех месяцев. Занятия проводятся в группах 1-2 раза в неделю под руководством психотерапевта; продолжительность занятия 15 - 20 минут. Самостоятельные тренировки пациентов проводятся дважды в день (утром, перед тем как встать, и вечером, перед сном).

В аутогенном погружении пациент приступает к направленному против определенных психотравмирующих переживаний самовнушению.

Выделяют пять типов формул-намерений: 1) нейтрализующие, использующие вариант самовнушения «все равно»: «Потеря работы все равно» - при переживании увольнения; 2) усиливающие, например: «Я знаю, что проснусь, когда начнутся кошмары»; 3) абстинентно-направленные (абстиненция - синдром психических и физических расстройств, возникающий при внезапном прекращении употребления алкоголя, наркотических веществ и т.п.), например: «Я знаю, что не приму ни одной капли алкоголя, ни в какой форме, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах»; 4) парадоксальные, например: «Я хочу думать о своей психотравме как можно чаще» (при вторжении психотравмирующих воспоминаний); 5) поддерживающие, например: «Я знаю, что не завишу от полученной психотравмы» (при сильной актуализации переживаний в повседневной деятельности человека).

Упражнения низшей ступени воздействуют по преимуществу на вегетативные функции. С целью оптимизации высших психических функций Шульц разработал высшую ступень аутогенной тренировки (АТ-2), упражнения которой должны научить вызывать сложные переживания, приводящие к излечению через «аутогенную нейтрализацию» и «самоочищение» (катарсис). Стандартные упражнения АТ-1 считаются лишь подготовкой к основному лечению. К высшей ступени аутогенной тренировки относят упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации психотравмирующих переживаний.

В основе упражнений АТ-2 лежит медитация. Медитация (meditor (лат) - размышляю, обдумываю) - всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Прежде чем приступить к аутогенной медитации тренирующийся должен научиться удерживать себя в состоянии аутогенного погружения длительное время - по часу и более.

Для лиц перенесших психотравмирующий стресс помимо упражнений АТ-1 и АТ-2 применяют приемы аутогенной нейтрализации (методика Лутэ): аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.

Аутогенное отреагирование. Для нейтрализации отрицательных переживаний используются приемы повторения тех ситуаций, которые и явились причиной психической травмы. Пациент с закрытыми глазами рассказывает обо всех появляющихся в состоянии аутогенного расслабления сенсорных образах.

Аутогенная вербализация осуществляется в тех случаях, когда психотравмирующие переживания поддаются точному описанию. Вербализация определенной темы (например, «агрессия», «страх», «чувство вины» и т.п.) проводится в состоянии аутогенного расслабления до тех пор, пока пациент не заявляет, что сказать ему уже нечего.

Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и выздоровлению. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается бурной аффективной реакцией (аутокатарсис).

Модификацией описанной методики Лутэ является «Аутогенная терапия памяти», предложенная В.С. Лобзиным и М.М. Решетниковым (1986).

Авторы считают, что болезненные психотравмирующие переживания связаны с прошлым травматическим опытом пациента, «актуально присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний». Сами пациенты избегают рассказывать об этих неприятных воспоминаниях. В подобных случаях психотерапевт разъясняет больному, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных переживаний, которые могут пройти только после многократного образного их воспроизведения, выполненного как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации. Воспоминания обязательно должны сопровождаться вербализацией, которая облегчается в состоянии аутогенного погружения. Отреагирование психотравмирующих воспоминаний приводит к их нейтрализации и улучшает состояние психотравмированного человека.

Нервно-мышечная релаксация (метод Джекобсона)

Эффективной методикой лечения страхов, фобических состояний, субъективного чувства тревоги, формирования более спокойной психологической установки у лиц, перенесших психотравмирующий стресс, является прогрессивная нервно-мышечная релаксация Джекобсона. Метод Джекобсона – прогрессивная мышечная релаксация, достигаемая путем первоначального напряжения и последующего расслабления мышц. Процесс формирования способности улавливать напряжение в мышцах и чувство мышечного расслабления, осуществляемые при помощи концентрации внимания.

Джекобсон называет свой метод «прогрессивным» по следующим причинам:

1. Человек обучается в определенной последовательности выборочно ослаблять напряжение в конкретной мышце. Для достижения максимального расслабления в любой мышце может потребоваться несколько минут.

2. Человек напрягает и расслабляет определенные мышцы тела таким образом, что весь процесс прогрессирует от расслабления основных мышечных групп до расслабления всего тела или какой-то его части.

3. При постоянных ежедневных занятиях у человека отмечается прогрессирующая тенденция к развитию «привычки отдыхать» - психологической установки, характеризующейся меньшей возбудимостью и стрессоустойчивостью. Релаксация оказывает тормозящее воздействие на

стрессовую реакцию, так как человек не может одновременно испытывать тревогу и состояние расслабления.

Основной принцип действия метода Джекобсона - обучение различению напряжения и расслабления.

Все мышцы тела делятся на шестнадцать групп. Выделяют следующую последовательность упражнений: от мышц верхних конечностей (от кисти к плечу, начиная с доминантной руки), к мышцам лба (лоб, глаза, рот), шеи, грудной клетки и живота и далее к мышцам нижних конечностей (от бедра к стопе, начиная с доминантной ноги).

Упражнения начинаются с кратковременного, 3-5 секундного, напряжения первой группы мышц, которые затем полностью расслабляются; внимание пациента сосредотачивается на чувстве релаксации в этой области тела.

После беседы с больным, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивая, что основной целью метода является достижение расслабления поперечно-полосатых мышц в покое, с больным проводится обучающий сеанс, который включает ряд последовательных этапов.

В предварительных инструкциях сообщается о месте, времени, порядке напряжения и расслабления мышц. В основных инструкциях пациенту предлагается устроиться поудобнее, закрыть глаза, снять с себя мешающую одежду и сосредоточиться на дыхании. Упражнения начинаются со слов психотерапевта: «Готовы? Начали».

В завершающей части психотерапевт перечисляет все мышцы, которые активизировались и расслаблялись, и заставляет пациента расслабить их еще сильнее. Переход к бодрствованию осуществляется на, счет до десяти.

Методика нервно-мышечной релаксации представляет собой навык, который может быть развит только посредством постоянной тренировки, осуществляемой под руководством психотерапевта и в домашних условиях.

Техника лечения включает три этапа:

Первый этап. Больной ложиться на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук, вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.

Второе упражнение - сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем, все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.

После этого пациент упражняется в напряжении и расслаблении мышц сгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец, мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.

Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в

поддержании тела в вертикальном положении; далее - расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.

Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, гипертонии и т.п.). Затем посредством релаксации отдельных мышечных напряжений можно научиться избавляться от отрицательных эмоций или болезненных проявлений. Курс лечения длится от 3 до 6 месяцев. Групповые занятия 2 - 3 часа в неделю. Самообучение на дому 1 -2 раза в день по 15 минут.

В зависимости от потребностей больного психотерапевт включает в упражнения специфические мышечные группы, и даже отдельные мышцы. Важно научить пациента расслаблять лицевые мышцы, особенно мышцы зева, глаз и рта для достижения максимального расслабления.

Медитативные техники

Эффективным методом психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, является медитация. С ее помощью снимаются нервно-психическое напряжение, тревожные состояния, страхи, облегчается осознание психотравмирующих переживаний и реакций, усиливается процесс «самоактуализации». При высоком уровне овладения методикой медитации возможно достижение психического состояния, характеризующегося неэгоцентрическим типом мыслительного процесса.

Начало любой медитации - концентрация, сосредоточенность ума, отрешение от всего постороннего, что не связано с объектом концентрации, от всех второстепенных внутренних переживаний.

Основа медитации - концентрация внимания на определенном стимуле или предмете. В соответствии с природой объекта выделяют четыре вида медитации.

1. Повторение в уме. Объект сосредоточения - мантра (слово или фраза, повторяемая вновь и вновь, обычно про себя). Мантры могут состоять из стихотворных отрывков, текстов народных песен, отдельных слов и звуков. Их воздействие на психику человека основано на специфическом воздействии звукосочетаний.

2. Повторение физического действия. Объект сосредоточения, - какое либо физическое действие. Это могут быть: повторяющиеся дыхательные движения, дыхательный контроль (подсчет вдохов и выдохов), использование поз (асан) в Хатха-йоги и т.п.

3. Сосредоточение на проблеме. Этот объект для концентрации представляет собой попытки решения проблемы, включающей парадоксальные задачи. В этом случае для размышления дается парадоксальная на вид задача. Одним из наиболее известных коанов является такой: «Как звучит хлопок одной ладони?».

4. Зрительная концентрация. Объект для концентрации - зрительный образ. Это может быть картина, пламя свечи, лист дерева, внушающая расслабление сцена или что-то другое. «Мандала» - геометрическая фигура,

квадрат внутри круга, символизирующая единство человека и вселенной. В восточных культурах она часто используется для зрительной концентрации.

Важно объяснить пациенту, что медитация и достижение состояния сверхсознания не всегда являются одним и тем же! Он должен понять, что медитация представляет собой процесс, или набор методик, которые используются медитирующим для достижения желаемой цели - состояния сверхсознания. Положительный терапевтический эффект может быть получен без достижения конечного состояния сверхсознания.

Выделяют следующие стадии в медитационном процессе:

1. Факт начала медитативной практики. Древние индуистские, дзенские писания, посвященные медитации, указывают, что гораздо более важна попытка достижения состояния сверхсознания, чем действительное его достижение.

2. Возникновение состояния более выраженной релаксации. Оно представляет собой состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психофизиологической активностью.

3. Отстраненное наблюдение. Представляет собой безличное, пассивное состояние наблюдения, при котором медитирующий просто «сосуществует» с окружением, а не противостоим ему, пытаясь подчинить себе. Это неаналитическое, интуитивное состояние («сон наяву»).

4. «Состояние сверхсознания». Включает в себя все предыдущие состояния, отличаясь только интенсивностью переживания. Оно характеризуется следующим образом:

а) Хорошее настроение (спокойствие, умиротворенность);

б) Ощущение единства с окружением: то, что древние называли союзом микрокосма (человека) с макрокосмом (вселенная);

в) Непередаваемость ощущений;

г) Изменение пространственно-временных соотношений;

д) Обострившееся восприятие реальности и смысла окружающего;

е) Парадоксальность, т.е. принятие вещей, которые кажутся парадоксальными обыденному сознанию.

Успешной медитации способствуют: спокойное окружение, приспособление, облегчающее концентрацию, пассивная установка, удобная поза.

Специфический процесс медитации может быть очень эффективным психотерапевтическим подходом при травматическом стрессе. Наилучшие результаты получаются при применении до начала медитации несколько приемов нервно-мышечной релаксации.

Экспресс-методы психической саморегуляции

Выбор метода психической саморегуляции в решающей степени обусловливается особенностями ситуации переживания стресса. Так, в обстановке активного социального взаимодействия (например, на уроке) выполнять процедуры АТ или медитации будет весьма проблематично. В динамично протекающей экстремальной ситуации (катастрофа, боевые действия) некоторые из вышеперечисленных методов покажутся сложными и

неуместными. В таких и некоторых других ситуациях наиболее эффективными могут оказаться экспресс-методы психической саморегуляции. Они отличаются следующими особенностями: просты в овладении и выполнении, не требуют много времени на выполнение процедур (1-3 мин.), эффективны (результат обнаруживается уже в процессе выполнения приемов), не влекут негативных побочных явлений (например, сонливости) и др.

Наиболее эффективными из экспресс-методов являются следующие группы приемов.

1. Дыхательные приемы. Известно, что нервные импульсы из дыхательных центров мозга распространяются на его кору и изменяют ее тонус. При этом тип дыхания с коротким и энергичным вдохом и медленным выдохом, вызывает снижение тонуса центральной нервной системы, обуславливает снятие эмоционального напряжения. Медленный вдох и резкий выдох тонизирует нервную систему, повышают активность ее функционирования. Таким образом, для того, чтобы в стрессогенной ситуации обрести спокойствие, снять чрезмерную или неактуальную психическую напряженность, необходимо выполнить 8-10 коротких вдохов (используя движения нижней части живота) и медленных продолжительных выдохов. И, напротив, для того, чтобы максимально мобилизоваться, побороть сомнения в своих силах, преодолеть «мандраж», необходимо выполнить 8-10 дыхательных процедур с медленным, продолжительным вдохом и резким, энергичным выдохом.

Известны приемы «Успокаивающее дыхание», «Мобилизующее дыхание» и др.

2. Приемы управления тонусом скелетной мускулатуры. Они основываются на том факте, что произвольное расслабление скелетной мускулатуры действует на человека расслабляюще, успокаивающе, а напряжение, напротив, активизирующе, мобилизующе. Известны приемы «Расслабление по контрасту», «Релаксация» и др. Для «разрядки» негативных переживаний (страха, неуверенности в себе, беспокойства и других) необходимо выполнить упражнение по типу «Релаксация». Оно выполняется в три этапа. На первом этапе, заметив негативные изменения в своем состоянии (тревога, повышенная чувствительность к внешним воздействиям, раздраженность, сухость во рту, скованность, неспособность сосредоточиться на чем-либо и т.п.), нужно найти ту группу мышц, которая в данный момент наиболее напряжена. На втором этапе необходимо прочувствовать, как непосредственно связаны между собой плохое самочувствие и напряжение в мышцах. На третьем этапе требуется волевым усилием расслабить напряженные мышцы. Для этого можно представить, что они становятся тестообразными, вялыми. Как правило, улучшение психического состояния происходит практически мгновенно.

Разрядке негативных эмоциональных состояний и поддержанию бодрого настроения поможет упражнение «Расслабление по контрасту». Здесь релаксация достигается через напряжение. Нужно напрячь, к

примеру, кисти рук, а затем, максимально их расслабить и т.п. Вместе с расслаблением должно прийти и ощущение освобождения от напряжения, которое нужно всячески усиливать.

3. Воздействие на биологически активные точки, и др.

В процессе реабилитации очень важными моментами является решение отдельных психологических проблем инвалидов войны, например, купирование актуальных болевых ощущений, избавление от ночных кошмаров и др. Для решения этих проблем также подходят экспресс-психотехники.

В процессе осуществления реабилитационных мероприятий с инвалидами войны в реабилитационном центре «Русь» было выявлено, что одной из наиболее острых проблем участников является переживание болевых ощущений. В ходе ее купирования были практически апробированы методики «Рисунок боли», «Выдыхание боли», «Образ боли», «Контекст», «Перегрузка» и др.

Прием «Рисунок боли» предполагает в момент эскалации болевого ощущения детальное изображение образа боли на бумаги. На рис.7. представлены образы болевых ощущений участников реабилитационных мероприятий. Психологическим механизмом купирования боли является отвлечение внимания от болевого ощущения.

Прием «Выдыхание боли». Находясь в любом положении, расслабиться, установить ровное дыхание. Затем, делая вдох, представить, что в груди формируется облако целительных жизненных сил, к примеру, серо-голубого цвета. Далее представить болевой участок, «увидеть» больной орган, имеющий коричнево-черный цвет. После чего, делая медленный выдох, направить целительное облако на больной орган, наблюдая, как оно обволакивает болевой участок, вырывает куски боли и выбрасывает из тела. Упражнение повторять до тех пор, пока оно не «вычистит» болящий орган и последний не приобретет естественный цвет.

Прием «Образ боли» предполагает работу с субмодальностями – качествами образа боли – последовательное изменение таких качеств образа боли, как температура, цвет, материал от неприятных до приятных. На последнем этапе целесообразно представить боль. Например, в виде воздушного шара, улетающего от болезненного места.

Прием «Перегрузка» предполагает во время переживания боли детально описывать все находящиеся в помещении предметы, последовательно перемещаясь из угла в угол.

Прием «Контекст» предполагает представление такого контекста переживания боли, в которой человек перестает о ней думать, например, при переживании болевого ощущения следует представить ситуацию чрезвычайной опасности (появление в комнате тигра). Важно рефлекторно закрепить («заякорить») болевое ощущение с ситуацией опасности.

Для избавление от ночных кошмаров применялись приемы «Рисунок сна», «Рассказ о сне», «Диалог со сном», «Модификация сна», «Завершение

сна» и др. Главным корректирующим механизмом в этих приемах является инсайт – выход на понимание «функции» сна, его признание и прощание с ним.

Прием «Рисунок сна» состоит в детальной прорисовке сна и «понимании» его с позиции «художника».

Прием «Рассказ о сне» предполагает детальную вербализацию сна с выходом на понимание его «миссии» в жизни ветерана.

Прием «Модификация сна» заключается в таком изменении деталей сна, которые делают его не травмирующим. Например, в наложении на сон успокаивающей музыки.

Прием «Завершение сна» предполагает такое его мысленное окончание, которое разрешает психологическую проблему, например, представить, что сон, на самом деле – съемка фильма, и она благополучно завершена.

Таким образом, методики саморегуляции состояний направлены на формирование адекватных внутренних средств, позволяющих человеку осуществить специальную деятельность по изменению своего состояния и преодолению стресса. По своему содержанию и направленности эти методы являются формами активного самовоздействия.

Методы психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс

Существуют различные психологические концепции и взгляды на процесс оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс.

Наиболее релевантны для психологической помощи лицам, пострадавшим от психотравмирующего стресса являются методы когнитивно-поведенческой и личностно-ориентированной психотерапии, осуществляемых как в индивидуальной, так и в групповой формах.

Методы когнитивно-поведенческой психотерапии

Одним из наиболее эффективных и, вместе с тем, доступным для широкого освоения методом психологической реабилитации является рациональная психотерапия. У истоков ее создания стоял швейцарский профессор Поль Дюбуа. Он утверждал, что лечение психических расстройств должно быть, прежде всего, психическим, состоящим во влиянии на рассудочную деятельность больных и в воспитании их воли, что истинный специалист больше поможет пациенту словом, нежели лекарством и лечебными процедурами. При этом П. Дюбуа подчеркивал, что моральное влияние специалиста, осуществляющего реабилитацию больного зависит от глубины убеждения и силы искренности.

В основе метода лежит правильная, доступная пониманию человека трактовка характера и причин возникновения травматического стресса путем логического переубеждения, обучения правильному мышлению. Цель психотерапевтической работы - разъяснение пострадавшему характера, причин и механизмов возникновения негативных последствий психотравмирующего стресса с тем, чтобы убедить его, что такие состояния являются

нормальной, естественной реакцией человека на ненормальные обстоятельства.

Рациональная психотерапия - метод, в котором используется способность человека проводить сопоставление, делать выводы, доказывать их обоснованность. Данным методом психотерапевт воздействует на искаженные представления пациента, создающие дополнительный источник эмоциональных переживаний. Основными направлениями воздействия считаются: снятие неопределенности, коррекция противоречивости, непоследовательности в представлениях пациента, прежде всего касающихся его болезни, убеждение пострадавшего, обучение его правильному мышлению, так как считается, что психические расстройства являются следствием ошибочных суждений, умозаключений больного по причине недостатка необходимой информации. Рациональная психотерапия проводится в форме беседы с военнослужащими, подвергшимися психотравматизации. В процессе беседы психолог, врач или другой подготовленный специалист решают ряд психокоррекционных задач:

- сообщают потерпевшему о происшедшем с ним событии, раскрывают сущность данного вида психической травмы, механизм ее действия. При этом главным является разъяснение того, что это расстройство - не уникальное, а широко распространенное явление;
- убеждение военнослужащего в возможности и неизбежности успешного преодоления возникшей неблагоприятной ситуации и полного выздоровления;
- демонстрация примеров волевого поведения сослуживцев аналогичной ситуации;
- подкрепление продуктивных мыслей и высказываний военнослужащего;
- разъяснение пагубности безвольного поведения, самоподчинения недугу;
- доведение своего отношения к военнослужащему, как к человеку, временно утратившему боеспособность и который обязательно будет возвращен в строй и прочее.

Средствами психологического воздействия здесь выступают: убеждение, переубеждение, разъяснение, отвлечение, ободрение, авторитет, престиж и знания лица, осуществляющего психологическую помощь. Существенной характеристикой данного вида психотерапии является его директивность, а, следовательно, небольшая продолжительность сеансов. В условиях боевой обстановки эта особенность приобретает важное значение.

Изменение неправильных представлений больного достигается определенными методическими приемами (объяснение, разъяснение, убеждение, переориентация и др.), которые построены на логической аргументации, что является существенным качеством рациональной терапии. Значительную роль в эффективности аргументации психотерапевта, опровержении неправильных доводов больного, побуждении

его к формулировке новых выводов может сыграть методика сократовского диалога. Сократовский диалог - метод рациональной терапии, имеющий целью коррекцию непоследовательных, противоречивых и бездоказательных суждений больного, производимую на основе убеждения посредством логической аргументации.

Во время беседы психотерапевт задает вопросы пациенту таким образом, чтобы тот давал лишь положительные ответы, на основе чего пациент подводится к принятию суждения, которое в начале беседы не принималось, было непонятным или неизвестным. Примерами бездоказательных суждений могут быть следующие: «Я боюсь высоты, потому что упал с крыши»; «Я раздражаюсь, потому что был в зоне боевых действий»; «Я пью, потому что у меня стресс» и т.п. Психотерапевт, используя методику «сократовского диалога» аргументировано доказывает пациенту, что, например, причиной его раздражительности является не пребывание в зоне боевых действий, а его субъективное восприятие определенных ситуаций повседневной жизнедеятельности и заостренная реакция на них.

Успех рациональной психотерапии зависит от учета индивидуальных установок больного и его возможностей, последовательной систематической работы с ним.

При развитии депрессии, как реакции на психотравмирующий стресс, наиболее эффективные методы, разработанные в рамках когнитивной психотерапии. Основная идея, заложенная в этих методах, заключается в предположении, что нормальные реакции опосредуются когнитивными процессами, которые дают возможность людям точно воспринимать окружающую действительность. Соответственно при дестабилизации психического состояния эта способность нарушается, что в свою очередь приводит к когнитивным ошибкам. В реальном поведении это проявляется в так называемом «тоннельном видении», приводя к негативной оценке пострадавшим себя, своего окружения и своего будущего. Человек начинает руководствоваться в своем поведении жестко детерминированными иррациональными установками. Например: «меня никогда не поймет человек не переживший этого» или «после того, что я пережил я никогда не смогу выполнять прежнюю работу» и т.п.

Исходя из этого основная психокоррекционная стратегия направляется на помощь человеку в поиске и идентификации дезадаптивных утверждений с последующим переосмыслением и заменой этих утверждений на более адаптивные. Наиболее эффективным приемом является выделение скрытого смысла дезадапаптивного утверждения с целью показать человеку всю алогичность и иррациональность негативной установки мышления.

Рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (РЭТ) как один из методов когнитивной психотерапии, основывается на положении о том, что непосредственное основополагающее влияние на эмоциональные последствия (С) оказывают не активизирующие события нашей жизни (А), а система убеждений и представлений (В). Задача РЭТ состоит в том, чтобы помочь человеку обрести способность оспорить (D) свои иррациональные

представления (iBs) и изменить их, а так же обрести новую жизненную философию (Е), освободившись от идеи самообвинения. Рациональные представления - мысли, помогающие переживать уместные чувства и вести себя адекватно. Они бывают двух видов: 1) констатирующие размышления о том, что происходит в жизни человека. Например: "Человек, с которым я общаюсь, хмурится. Он может решить, что я плохой собеседник". В предложении говорится о том, что делает человек, а не о том какую оценку ему дают.

2) Выражающие желания и предпочтения человека. Например: "Я хочу общаться с этим человеком, и потому мне не нравится его хмурый взгляд. Я хочу, чтобы он перестал хмуриться и взглянул на меня с улыбкой".

Иррациональные представления - мысли, которые способствуют формированию неадекватных (неуместных) чувств и несоответствующего поведения. Они бывают трех видов: 1) Категоричное заключение («Похоже, этот человек меня явно не возлюбил!») 2) Категоричное оценочное утверждение («Я хочу, чтобы он относился ко мне хорошо»). 3) Категорическое требование («должномания»), например: «Любым путем я должен произвести хорошее впечатление на этого человека, я просто обязан это сделать».

Люди, перенесшие психотравмирующий стресс могут жестко и неуклонно придерживаться своих иррациональных представлений, считая, что у них все должно получаться хорошо, как раньше, что их должны жалеть окружающие и справедливо относиться к ним. Встречая несоответствие между своими представлениями и реальностью, психотравмированный человек чувствует себя тревожно, подавленно, он озлоблен, жалеет или ненавидит себя.

Задача психолога помочь человеку осознать свои иррациональные представления и изменить их.

РЭТ исходит из положения, что, находясь в состоянии паники или депрессии, люди путем изменения своего взгляда на вещи способны преодолеть разрушительные чувства и начать жить более счастливо и спокойно.

РЭТ представляет собой метод психотерапии основанный на рациональном логическом убеждении клиента в возможности изменить свое отношение к «безвыходной» ситуации, путем перевода его в проблемной ситуации с иррациональных установок на рациональные. Работа строится с учетом схемы А, В, С и имеет ряд этапов. Первый этап – кларификация, прояснение параметров события (А), в том числе параметров наиболее эмоционально затронувших клиента, вызвавших у него неадекватные реакции.

Второй этап - идентификация следствий (С), прежде всего аффективных воздействий события. На данном этапе происходит работа с иррациональными установками, которые выявляются, по словам, отражающим крайнюю степень эмоциональной вовлеченности клиента (ужасно, потрясающе, невыносимо и др.), имеющие характер обязательного

предписания (необходимо, надо, должен, обязан и др.), а так же глобальных оценок лица, объекта или события. В соответствии с видами иррациональных представлений А.Эллис выделил четыре наиболее распространенные группы иррациональных установок, создающих проблемы: 1) катастрофические установки, 2) установки обязательного долженствования, 3) установки обязательной реализации своих потребностей, 4) глобальные оценочные установки. Цель этапа достигнута, когда в проблемной области выявлены иррациональные установки.

Третий этап - реконструкция иррациональных установок. Реконструкция происходит на одном из трех уровней: когнитивном (путем доказательства), уровне воображения, уровне поведения (прямого действия). При работе на уровне воображения клиент мысленно погружается в психотравмирующую ситуацию. Он должен максимально полно испытать прежнюю эмоцию (при негативном воображении) или представить прежнюю ситуации с позитивно окрашенной эмоцией (при позитивном воображении). Это повторяется до уменьшения интенсивности испытываемых эмоций.

Четвертый этап – закрепление адаптивного поведения с помощью домашних заданий, выполняемых клиентом самостоятельно.

Методика включает ряд последовательных упражнений по преодолению иррациональных верований, которые проводятся на различных уровнях (когнитивном, воображения и поведения).

Методы поведенческой психотерапии нацеливаются на формирование у пострадавших адаптивных навыков и привычек поведения в психотравмирующих ситуациях. Наиболее приемлемыми из них: для купирования симптомов стресса являются метод систематической десенсибилизации (Joseph Wolpe), метод иммерсии, метод парадоксальной интенции, метод десенситизации движениями глаз (ДДГ), и 6-ти шаговый рефрейминг.

Рассмотрим последовательно наиболее доступные для освоения из числа представленных методов.

Метод систематической десенсибилизации основывается на поведенческом принципе противообусловливания, утверждающего, что субъект может преодолеть дезадаптивное поведение, вызванное ситуацией или предметом, путем постепенного приближения к вызывающим страх ситуациям, нивелируя возникающую при этом тревогу состоянием релаксации. Страх, тревога могут быть подавлены, если объединить во времени стимулы, вызывающие страх, и стимулы, антагонистичные страху. Таким стимулом является релаксация. Сущность методики заключается в том, что у человека, находящегося в состоянии глубокой релаксации, вызываются представления о ситуациях, приводящих к возникновению страха. Затем путем углубления релаксации он снимает возникшую тревогу. В воображении представляются различные ситуации, от самых легких, к трудным, вызывающим наибольший страх. Процедура заканчивается, когда самый сильный стимул перестает вызывать у человека страх. Выделяется три этапа процедуры: первый - овладение методикой мышечной релаксации (по Джекобсону); второй -

составление иерархии ситуаций, вызывающих страх (человеком перенесшим стресс составляется список ситуаций от самых легких до более тяжелых); третий - собственно десенсибилизация (соединение представлений о психотравмирующей ситуации с релаксацией). На данном этапе обсуждается методика обратной связи - информирование человеком психолога о наличии или отсутствии у него страха в момент представления ситуации. Например, об отсутствии тревоги сообщается поднятием указательного пальца правой руки, о наличии ее - поднятием пальца левой руки. Человек воображает ситуацию 5 - 7 секунд, затем устраняет возникшую тревогу путем усиления релаксации. Период длиться до 20 секунд. В течение одного занятия отрабатывается 3 - 4 ситуации из списка.

В целях коррекции страхов наряду с методикой систематической десенсибилизации применяется метод «иммерсии» (затухания, угасания, погружения). Метод «иммерсии» - метод поведенческой психотерапии, основанный на демонстрации пациенту объектов, вызывающих страх, без расслабления, но в присутствии психотерапевта. Главной техникой является систематическая экспозиция (демонстрация, предъявление) объекта страха. К иммерсивным методикам относится так же метод «парадоксальной интенции» - метод В.Франкла, основанный на осуществлении пациентом того, чего он боится, с чувством юмора. Метод применяется при фобии – страхе ожидания повторения симптома. Например, человек, попавший в аварию, боится снова сесть за руль. В данной ситуации юмор дает возможность занять дистанцию по отношению к самому себе, своему страху и тем самым обрести над собой полный контроль. Парадоксальное предложение формулируется в юмористической форме. При работе данным методом важно, чтобы человек сам захотел осуществить то, чего он боится сделать.

В отличие от метода систематической десенсибилизации, в методах «иммерсии» и «парадоксальной интенции» не используется состояние релаксации, поэтому, они могут быть применены для работы с психическими травмами малой интенсивности и невротическими страхами.

Личностно-ориентированная психотерапия К. Роджерса

Вегетативные нарушения и симптомы вторжения в сознание образов, воспоминаний и эмоций, связанных с содержанием психотравмирующей ситуации, часто сопровождается сильным дистрессом. Для него характерны нарушения психологической адаптации, снижения успешности профессиональной деятельности, общего снижения социальной успешности. Все это может приводить к значительным нарушениям межличностного взаимодействия, способствуя снижению самооценки и самоприятия пострадавшего. Наиболее эффективным методом в этом случае является личностно-ориентированная психотерапия. Психологическая помощь в данном случае основывается на принципе, что только сам человек является, в конечном счете, ответственным за все, эмоции и ощущения, которые он испытывает. Человек ответственен за тот выбор, который он производит, и если он выбирает быть несчастным, и жить в прошлом, то это его право и его

ответственность. Основной целью данного вида психотерапии является изменение отношения пострадавшего к факту наличия в его жизни психотравмирующей ситуации.

Типичными стратегиями психотерапевтической помощи будут следующие, взаимосвязанные друг с другом положения.

1. Человек обращается за помощью, приняв самостоятельное решение. Задача психотерапевта заключается в том, чтобы клиент осознал независимость своего решения и взял на себя ответственность за работу над своими проблемами. Он дает понять, что клиент должен сам создать условия, в которых могут быть решены его проблемы.

2. Психотерапевт стимулирует свободное проявление чувств, связанное с проблемой. Это достигается дружеским, располагающим и заинтересованным отношением. Пример: «Человек, перенесший психотравмирующий стресс, связанный с потерей, выражает недовольство, по поводу невнимательности родственников к его проблеме». Психотерапевт ни в коем случае не препятствует такому потоку враждебности и критических замечаний.

3. Психотерапевт распознает, принимает и проясняет эти негативные чувства. Реагирует не на то, что говорит клиент, а на те чувства, что скрываются за этим. Задача состоит в том, чтобы своими словами или действиями создать атмосферу, в которой человек мог бы осознать свои негативные чувства и принять их как часть самого себя, вместо того, чтобы проецировать их на других или скрывать их с помощью защитных механизмов. Здесь уместны такие фразы как «Вам горько говорить об этом», «То, о чем вы говорите, звучит так, как будто вы чувствуете себя виноватым».

4. После выражения негативных чувств клиентом, следует нерешительное проявление позитивных импульсов, которые способствуют росту его самосознания. Чем сильнее и глубже выражение отрицательных чувств (при условии, что они осознаются и принимаются), тем больше вероятность последующего проявления положительных чувств – любви, самоуважения, стремления к зрелости.

5. Психотерапевт признает и принимает выражаемые клиентом положительные чувства, но в восприятии нет ни одобрения, ни похвалы. Они рассматриваются как часть личности, как и отрицательные проявления. В такой ситуации взаимодействия спонтанно наступает просветление, инсайт, неожиданное понимание самого себя. Клиент искренне высказывается, например: «Теперь я знаю, почему испытываю такие чувства по отношению к родственникам, я всегда обращался к ним за помощью, не надеясь на самого себя».

6. После прояснения проблем клиентом, психотерапевт помогает ему прояснить возможность выбора, постараться сделать осознанным чувство страха и недостаток мужества двигаться дальше, которые в данный момент испытывает человек.

Таким образом, данная форма психологической помощи представляет собой упорядоченный и согласованный процесс, в котором психотерапевт создает равноправные помогающие отношения при взаимодействии с клиентом.

Групповая терапия

Групповая психотерапия рассматривается как один из основных методов оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. Она может охватывать большое количество людей и постепенно активизировать здоровые защитные механизмы. Групповая психотерапия помогает облегчать симптоматику, позволяет менять позицию отдельных членов группы и усиливать у них чувство принадлежности к группе с помощью внутригрупповых взаимодействий и эмоциональных реакций. Принадлежность к категории людей, которые пережили сходные психотравмы, поддерживает индивида. Группа побуждает индивида к проявлению эмоций и подавляемых чувств так, чтобы он мог сосредоточиться на действительности и осуществлении своих наиболее неотложных потребностей.

Основная цель групповой психотерапии – помощь вербализовать свои чувства, учить людей понимать свои эмоции и легче с ними справляться.

Эффективность групповой психотерапии обеспечивается тремя факторами: развитием положительных отношений между психологом и клиентами, свободным выражением чувств, возможностью более детального анализа психологических проблем.

В целях оказания психологической помощи лицам, перенесшим психотравмирующий стресс, получили распространение «Rap» группы. “Rap”- группа (Rap (англ.) – легкий удар) – вид групповой психотерапии с людьми, пережившими психотравмирующий стресс.

“Rap”- группа по Д.Смиту – группа, позволяющая ее участникам описать, изучить, трансформировать и структурировать неупорядоченный психотравмирующий опыт.

Выделяется три уровня развития группы:

1. Информационные (вводные) группы. Их целью является постепенное подведение людей к дискуссии об их психологических проблемах, информирование о возможных психологических последствиях психотравмирующей ситуации. В группах данного уровня могут решаться задачи по оказанию помощи в преодолении навязчивых воспоминаний, состояния горя и депрессии, страхов, социальной отчужденности, повышения самоконтроля и активности в общении.

2. Побуждающие (работающие) группы. Цель – создание условий для анализа прошлого психотравмирующего опыта и соотнесение его с актуальной жизнедеятельностью. В эту группу могут включаться лица с различным травматическим опытом для расширения диапазона обсуждаемых психологических проблем, углубления доверия к другим людям и открытости о взаимоотношениях, помощи в осознании своего негативного Я-

образа, углубления процесса самопознания, расширения компетентности в общении.

Группы, рассчитанные на длительный период. Основная цель – взаимопомощь. Обсуждаются актуальные психологические проблемы, и допускается участие лиц, не имевших психотравмирующего опыта. Такое постепенное расширение круга участников позволяет приближать условия группы к реальному окружению психотравмированной личности. Ставится задача на достижение более глубоких личностных изменений.

Дебрифинг стресса критических инцидентов

Наиболее распространенной и широко применяемой формой групповой рациональной терапии является психологический дебрифинг стресса критических инцидентов (психологический дебрифинг), то есть организованное обсуждение стресса, совместно пережитого военнослужащими при решении задач боевой деятельности.

Целью дебрифинга ставится минимизация и купирование психических страданий военнослужащих.

Задачами группового обсуждения стресса являются:

- проработка впечатлений, реакций и чувств;
- формирование у участников групповой работы понимания сущности происшедших событий и психотравматического опыта;
- уменьшение ощущения уникальности и паталогичности собственных реакций путем обсуждения чувств и обмена переживаниями;
- мобилизация внутренних ресурсов, групповой поддержки, солидарности и понимания;
- снижение индивидуального и группового напряжения;
- подготовка к переживанию тех симптомов и реакций, которые могут возникнуть в последующем и др.

Дебрифинг проводится с группами до 15 военнослужащих, совместно пережившими психотравмирующее событие в ближайшие 48 часов после его окончания.

Выделяются от 5 до 7 фаз, через которые проходит группа в процессе своей работы[1] .

1. Вводная фаза - знакомство с группой, разъяснение целей, задач и правил проведения группового обсуждения, создание обстановки психологической безопасности и комфорта.

2. Фаза «Факты» - участники группы рассказывают о том, что они наблюдали, что делали в бою и на основе этого составляется более или менее целостная картина происшедшего. На этой фазе выражение собственных эмоций, высказывание оценочных суждений нецелесообразно.

3. Фаза «Мысли, эмоции, чувства» - осуществляется переход от описания фактов к рассказу о внутренних психологических реакциях военнослужащих на них. Впечатления, эмоциональные реакции, импульсивные поступки каждого участника экстремального события делаются достоянием всей группы. Ведущим принимаются меры для включения всех военнослужащих в групповую работу, недопущения

«узурпации» права на высказывание одним и превращения в безмолвных слушателей других. Он обращает внимание на то, что высказываясь о пережитом, военнослужащие переживают сильный стресс, и, хотя это происходит в обстановке отсутствия реальной опасности, они нуждаются в понимании и поддержке сослуживцев.

4. Фаза «Симптомы» - на данном этапе предметом группового обсуждения становятся эмоциональные, физиологические и поведенческие реакции и симптомы посттравматического стресса, изменения в самосознании и самооценке военнослужащих. Знакомясь с перечнем симптомов, характерных для психологических последствий конкретных психотравмирующих событий, каждый участник понимает, что его переживания не уникальны. Отражаясь в других людях через обратную связь, замечая в высказываниях других людей то, о чем сам сказать, не смел, каждый участник лучше познает себя, свои чувства, переживания.

5. Фаза «Информирование» - заключается в разъяснении военнослужащим психологической сущности постстрессовых расстройств как «нормальных реакций на ненормальные условия боевой обстановки», способов преодоления отрицательных психологических последствий боевого стресса. Здесь может быть зачитан общий список реакций участников на стресс-факторы боевой обстановки.

6. Фаза «Закрытие прошлого» - подведение своеобразного итога под тем, что было пережито. В терминах будущего определяются стратегии преодоления отрицательных последствий боевого стресса, случаи, в которых участник должен искать дополнительную психологическую помощь. Такими случаями являются: наличие постстрессовых симптомов спустя 6 месяцев после дебрифинга; эскалация названных симптомов; наличие затруднений в выполнении простейшей работы или резкое снижение работоспособности.

При проведении дебрифинга следует строго придерживаться правил групповой работы: добровольность; конфиденциальность; исключение взаимных оценок, критики, недоброжелательности; работа без перерывов с правом выхода участников при необходимости; свобода в постановке любых вопросов, связанных с пережитыми событиями и собственными состояниями; предупреждение участников о возможности повторного переживания во время работы негативных эмоций и чувств и необходимости таких переживаний в интересах поисков путей их преодоления; ведение разговора лишь о своих переживаниях, а не о реакциях других людей.

Дебрифинг помогает лучше понять природу травматического стресса, его симптомы, овладеть способами эффективного их преодоления, предупредить возможность возникновения отсроченных отрицательных последствий.

Таким образом, для реального достижения «ценностного» отношения общества к инвалидам боевых действий, необходимо создание адекватной системы их психологической реабилитации, осуществление комплексной

психологической помощи, в тесном сопряжении с медицинской, профессиональной и социальной реабилитацией.

Литература

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1991.

Габриэль Р. Героев больше нет. Нью-Йорк, 1987 /Пер. с англ. б.м., б.г.

Дыскин А.А., Танюхина Э.И. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. М., 1996. С.154.

Дюбуа П. О психотерапии. СПб.,1911; Дюбуа П. Психоневрозы и психическое лечение. СПб.,1912

Калмыкова Е.С., Мисько Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психол. журн. 2001. .№4. С.72.

Корчемный П. Из боя так просто не выйдешь // Независ. воен. обозр. 1997. №6.

Кучер А., Крохмалев А., Мисюра В., Соловьев И. Солдат вернулся с войны // Ориентир. 1996. №12. С. 17-24.

Морально-психологическая подготовка личного состава к выполнению задач по защите конституционных прав граждан в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах (учебно-методические материалы и рекомендации). М.: Академия МВД РФ,1995

Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.

Петер С.Л. Психологическая помощь лицам, перенесшим психотравмирующий стресс. М., 2001.

Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство… М., 2000.

Снедков Е.В. Боевая психическая травма: Автореф. дис… д-ра мед. наук. СПб., 1997. С.28-30.

Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром… М., 2000,

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса…М., 2001.

Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

Эмоциональный стресс. М.: Медицина,1974.

Якушин Н.В. Психологическая помощь воинам-афганцам в реабилитационном центре Республики Беларусь // Психол. журн. 1996. №5.

Глава 2. «ПОТЕРЯННОЕ ПОКОЛЕНИЕ» В ВОЙНАХ РОССИИ XX ВЕКА: ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ*

Константин Симонов как-то сказал: «Иногда человеку кажется, что война не оставляет на нем неизгладимых следов, но если он действительно человек, то это ему только кажется...».

Любая война и участие в ней оказывают мощное воздействие на сознание и психику людей, подвергая их серьезным качественным изменениям, которые могут колебаться от ярко выраженных форм до внешне малозаметных, скрытых, как бы «отложенных» во времени реакций. На данное обстоятельство обращали внимание не только медики и психологи, но и писатели, в том числе имевшие собственный боевой опыт (Толстой, Ремарк, Хемингуэй, Экзюпери и многие другие).

Для абсолютного большинства фронтовиков их участие в войне до конца жизни оставалось главным событием всей биографии. И очень часто именно война заставляла взяться за перо людей, которые раньше даже не помышляли об этом. Во многом это было вызвано посттравматическим синдромом, следствием которого является, с одной стороны, потребность снова «погрузиться» в прошлое, в военную обстановку; с другой, - чувство вины оставшегося в живых перед погибшими товарищами; с третьей, - необходимость «выговориться», выплеснув свою не утихающую боль вовне и одновременно донести свою личную правду о войне до других. Эта мотивация, вероятно, является основной для большинства писателей - непосредственных участников боевых действий. Для них литературное творчество оказывается своеобразной формой психотерапии, инструментом «психологической реабилитации», позволяющим решить целый ряд проблем, вызванных посттравматическим синдромом (актуализировать, пережить вновь воспоминания о войне; выступить в роли творца, переигрывающего и переписывающего заново драматические ситуации личной судьбы, которые нельзя было изменить в реальности; компенсировать чувство вины перед памятью павших, подарив им новую жизнь и обессмертив их в своих произведениях, и т.д.).

При этом само отношение к войне может быть очень разным. Так, на Западе в межвоенный период 1920-х - 30-х гг. в литературе ярко проявились две противоположных тенденции, одна из которых, антивоенная, предостерегала, предупреждала об опасности развязывания новой мировой войны, а вторая, напротив, психологически готовила войну, романтизируя и воспевая ее и подстегивая (особенно в Германии) реваншистские и милитаристские настроения.

Первая тенденция тесно связана с самым знаменитым литературным клише XX века – «потерянным поколением». Своим происхождением это понятие обязано Эрнсту Хемингуэю, поместившему в качестве эпиграфа к роману «Фиеста» реплику своей знакомой Гертруды Стайн: «Все вы - потерянное поколение». Однако наиболее ярким выразителем мировоззрения «потерянного поколения» считается другой писатель - Эрих-Мария Ремарк. Обычно в этой связи вспоминают его роман «На Западном фронте без перемен», который сам автор назвал попыткой «рассказать о поколении, которое погубила война, о тех, кто стал ее жертвой, даже если спасся от снарядов». Но гораздо больше раскрывает это понятие другой роман Ремарка - с символическим названием «Возвращение», где с почти медицинской точностью описаны симптомы, признаки и проявления посттравматического

синдрома у вернувшихся с войны фронтовиков. Так, один из персонажей романа сходит с ума от ужасов пережитого; второй убивает своего соперника, с которым ему изменила любимая девушка; третий, узнав, что заразился на фронте сифилисом, кончает с собой; четвертый тайком пересекает границу, чтобы побывать на местах боев, и, окунувшись в прошлое, тоже кончает жизнь самоубийством; пятый погибает во время уличной демонстрации, оказав сопротивление полиции; шестого мучают воспоминания, военные сны, призраки погибших товарищей; а всех вместе - одиночество, страх перед будущим, непонимание и равнодушие окружающих. Чувствуя себя изгоями, герои Ремарка отчаянно держатся друг за друга и всегда готовы встать на защиту брата-фронтовика, готовы к конфликту с властями, с «тыловыми крысами», со всем враждебно настроенным миром, в который никак не могут вписаться. «Мы все еще солдаты, хотя и не осознали это», - размышляет один из них. «...Мы больны. Война еще слишком глубоко сидит в нас» - говорит другой. Кульминация романа - суд над убийцей, бывшим фронтовиком. В лице прокурора его обвиняет общество, сначала пославшее мальчишку на войну, где он научился убивать, а затем отторгнувшее его. В защиту обвиняемого выступают боевые товарищи, в свою очередь, обвиняя само общество, сделавшее их такими.

Антивоенный пафос этого произведения отражает в первую очередь мировоззрение автора. Однако, сам того не подозревая, Ремарк дает весьма полное и подробное описание клинической картины «посттравматических стрессовых расстройств», в которую идеально укладываются ощущения, переживания и поведение его героев, страдающих крайней возбудимостью, раздражительностью, взрывными агрессивными реакциями, приступами депрессии, склонностью к суициду, и т.д.

Другой тип посттравматических стрессовых реакций отражен в произведениях идейного антипода Ремарка - Эрнста Юнгера. Юнгер - «певец войны», ее романтики, героического начала, чудовищного напряжения моральных сил человека и преодоления трудностей. В автобиографическом романе «В стальных грозах» он убеждает читателей в том, что война - самое естественное проявление человеческой жизни, что именно там человек проявляет свою истинную сущность. На войне управляет не разум, а глубинные «первородные» инстинкты, - желание ощутить запах и вкус крови, принять участие в охоте на себе подобных. «Наша работа - убивать, - пишет он, - и наш долг - делать эту работу хорошо». Война интерпретируется им как приключение, высшее испытание человеческих качеств. По его мнению, война сама по себе есть оправдание любых действий. Эти взгляды наглядно характеризуют психологию «диких гусей», наемников, любителей острых ощущений, «адреналиновых наркоманов», - т.е. людей, зараженных «вирусом войны», больных «военным синдромом».

Говоря о литературе «потерянного поколения», имеют в виду произведения, посвященные первой мировой войне. В советской литературе межвоенного периода весьма ярким (и при этом едва ли не единственным) произведением, отразившим данное явление и соответствующий тип

«потерянного» героя, а точнее - героини, стал рассказ Алексея Толстого «Гадюка» (1928 г.) - об участнице Гражданской войны, так и не сумевшей адаптироваться к послевоенным реалиям. Однако если мы обратимся к произведениям советских писателей-фронтовиков о Великой Отечественной, то и здесь обнаружим очень похожие мысли, чувства и настроения. Наиболее показательны в этом смысле повесть Виктора Некрасова «В родном городе» и многие произведения Вячеслава Кондратьева. Сам Кондратьев, который пришел в литературу лишь в 50-летнем возрасте и стал автором одной, военной темы, неоднократно обращался к проблеме «потерянного поколения», признаваясь, что его мучает «фронтовая ностальгия», а в послевоенной жизни не нашлось ничего, «о чем можно было бы вспоминать с ностальгической грустью». И он не одинок в своих оценках. Такое же горькое восприятие первых послевоенных лет, точно соответствующее мироощущению «потерянного поколения», с армейской прямотой выразил поэт-фронтовик Борис Слуцкий:

«Когда мы вернулись с войны,
я понял, что мы не нужны.
Захлебываясь от ностальгии,
от несовершенной вины,
я понял: иные, другие,
совсем не такие нужны.
Господствовала прямота,
и вскользь сообщалось людям,
что заняты ваши места
и освобождать их не будем».

Пронзительные наблюдения очевидца (автор был тогда мальчишкой-подростком) об образе жизни инвалидов-фронтовиков в первые послевоенные годы находим мы в рассказах Эдуарда Кочергина «Капитан» и «“Трубадур” со Ждановской набережной», где с беспощадной точностью описаны быт и нравы питейных заведений Ленинграда, а также последнее пристанище в отдаленных «монастырях» изгнанных сразу после смерти Сталина из крупных городов человеческих обрубков - «самоваров».

«Мы тогда не говорили о «потерянном поколении», полагая, что у нас, его и быть не может, но оно, увы, было и будет всегда после всех войн, даже «малых», что стало очевидным сегодня, после Афгана, - писал Вячеслав Кондратьев в 1990 г. - Так же, как и герои Олдингтона и Ремарка, мы почувствовали себя ненужными, ущербными, особенно инвалиды, получившие нищенские пенсии, на которые невозможно было прожить... Послевоенное время принесло в нашу жизнь не только сложности, но и разочарования... Все на что-то надеялись, но этим надеждам не суждено было сбыться. Мне не нужно напрягать память, чтобы вспомнить, сколько из моих товарищей и просто знакомых спились после войны и сколько покончили жизнь самоубийством... А у скольких не удалась, не сложилась жизнь. Поистине - «потерянное поколение». Я имею в виду, конечно, тех, кто

воевал по-настоящему, на переднем крае, а не в штабах в прифронтовой дали...»

По мнению В.Кондратьева, «потерянное поколение» - это явление не столько социального, сколько психологического и даже физиологического свойства, и в этом смысле оно характерно для любой войны, особенно масштабной и длительной. «Четыре года нечеловеческого напряжения всех физических и духовных сил, жизнь, когда «до смерти четыре шага». Естественная, обычная реакция организма - усталость, апатия, надрыв, слом... Это бывает у людей и не в экстремальных ситуациях, а в обыкновенной жизни - после напряженной работы наступает спад, а здесь - война...», - писал он, отмечая тот факт, что фронтовики и живут меньше, и умирают чаще других - от старых ран, от болезней: война настигает их, даже если когда-то дала отсрочку. Рано или поздно она настигает всех... Настигла она и самого Кондратьева, который застрелился в сентябре 1993 г. из пистолета, оставшегося у него со времен войны. Чуть раньше, в 1991-м, трагически ушла из жизни поэтесса-фронтовичка Юлия Друнина.

Острое ощущение «потерянности» испытывали и продолжают испытывать участники других войн, в том числе Афганской и Чеченской, что нередко проявляется и в литературной форме.

* * *

Итак, что же такое «потерянное поколение»?

Как литературное явление его можно определить достаточно просто: это течение в литературе на военную тему, представленное произведениями писателей-участников войн и военных конфликтов, основанными на личном опыте и отражающими определенную авторскую позицию. Суть ее заключается в том, что военный опыт настолько меняет личность человека, что по возвращении в мирную жизнь он уже не может стать прежним и оказывается в состоянии конфликта с остальным обществом, которое его не понимает и не принимает. При этом часто происходит разочарование в тех ценностях, за которые человек воевал, потому что сама ценностная шкала и «система приоритетов у него и послевоенного общества не совпадают.

В реальной жизни «потерянное поколение» является сугубо социально-психологическим феноменом и обозначает, во-первых, болезненную реакцию человеческой психики на травмирующие явления войны, как правило, проявляющуюся отсроченно, уже в мирной обстановке, и имеющую пролонгированный долговременный характер; во-вторых, социальную дезадаптированность участников войны при их возвращении в мирную жизнь, имеющую следствием целый комплекс социально-психологических явлений. Среди них: 1) ностальгия по фронтовому прошлому, желание мысленно возвращаться в него, воспроизводя комплекс прежних чувств и переживаний; 2) повышенная склонность к риску, в том числе нередкое стремление реально воспроизвести экстремальные условия войны или близкие к ним опасные ситуации в мирной жизни (тяготение к опасным профессиям, стремление к участию в других вооруженных конфликтах и т.п.); 3) ощущение себя отделенными или даже отверженными от

окружающей среды, в той или иной форме и степени отторгающей фронтовиков как нечто чужеродное, вызывающее дисбаланс, неприятие и даже страх; 4) и в то же время чувство фронтового братства, некой общности между участниками не только одной, но даже разных войн - в противовес всем остальным.

Феномен «потерянного поколения» порождается преимущественно несправедливыми войнами за «непонятное» дело, которые не принимаются обществом, и еще в большей степени проигранными войнами, когда чувство национального унижения вызывает к жизни комплекс вины или синдром реванша. Однако проявление этого феномена имеет место и после победоносных и справедливых войн. При этом особенно важным, чаще всего решающим, является отношение самого общества к ветеранам после их возвращения с войны, причем как в государственно-институционализированных формах (наличие или отсутствие специальных программ поддержки и адаптации ветеранов к мирной жизни, системы социального обеспечения и т.п.), так и отношение к ним в быту, на уровне «психологии обывателей», в котором восприятие фронтовиков может колебаться от «героев» до «преступников» и «злодеев». Обычно героический образ в массовом сознании удерживается недолго, и для его сохранения необходима целая система целенаправленных мер по поддержанию «исторической памяти», тогда как «неудобство» военных ветеранов для мирного социального окружения проявляется очень быстро, и может вылиться по отношению к ним в нетерпимость, проявляющуюся, в том числе и в социальных формах (ущемление в различных сферах жизни: прием на работу, предоставление положенных по закону льгот, и т.д.). В случае осознания обществом несправедливого характера войны и, тем более, поражения в ней, вину за это оно, как правило, перекладывает на ветеранов, и степень негативного отношения к ним возрастает многократно. Сравним, к примеру, две казенных фразы, которыми отмахивались от нужд ветеранов бюрократические структуры после Великой Отечественной и Афганской войн. В первом случае говорилось: «Ну и что, что ты воевал? Все воевали!», а во втором: «Я тебя туда не посылал!» При этом первая формулировка представляет собой попытку самому «примазаться» к участию во всенародной и победоносной войне и в то же время принизить роль в ней собеседника, а вторая ясно выражает желание «откреститься» от войны непопулярной, выставив при этом ее участника виноватой стороной.

Из каждой войны общество выходит по-разному. Это зависит и от отношения общества к самой войне, которое, как правило, переносится на ее участников, и от приобретенного фронтовиками опыта, определяемого спецификой вооруженного конфликта. При этом экстремальные условия войны накладывает отпечаток на сознание и, соответственно, поведение людей, принимавших непосредственное участие в боевых действиях, на всю их последующую жизнь. И среди этих людей всегда неизбежно найдутся те, кого можно отнести к «потерянному поколению» и кто сам ощущает свою принадлежность к нему.

Глава 3. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВОЕННОСЛУЖАЩИМ, УЧАСТВУЮЩИМ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ, В СТРАНАХ НАТО.

Одним из важнейших компонентов боеготовности и боеспособности войск является морально-психологическое состояние военнослужащих, принимающих непосредственное участие в боевых действиях, поэтому оправдано то внимание, с которым специалисты относятся к оценке и коррекции их психического статуса. Эта проблема чрезвычайно актуальна еще и потому, что «шлейф» неблагоприятных психических состояний тянется многие годы после возвращения бывшего солдата к мирной жизни. «Вьетнамский», «афганский», «чеченский» синдромы отмечены у 15 – 20 % участников тех событий (1,2).

Континуум измененных психических состояний, которые возникают у военнослужащих в период ведения боевых действий, включает боевую стрессовую реакцию (начальное проявление дезадаптационных расстройств), боевое утомление и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), а также реактивные состояния как наиболее тяжелые формы боевой психиатрической патологии. Опыт показывает, что психологически неадаптивные реакции на условия боя составляют от 10 до 50 % всех санитарных потерь в современных локальных войнах. Впрочем, недавние конфликты в Персидском заливе и Сомали характеризовались достаточно низким уровнем психиатрической патологии в армиях США и союзников. Так, за время ведения активных боевых действий с февраля по апрель 1991 года в 15-м плавучем госпитале, который обслуживал преимущественно подразделения морской пехоты США, диагноз «боевое утомление» был поставлен всего 1,3 % пациентов (из общего числа пострадавших 86 % имели диагнозы, непосредственно с ведением боевых действий не связанные) (4). Специалисты объясняют это, во-первых, хорошо налаженной работой по психопрофилактике и психокоррекции в условиях ведения боевых действий, и, во-вторых, сравнительно низким уровнем безвозвратных потерь среди личного состава (в войне в Персидском Заливе погиб 271 военнослужащий Вооруженных Сил США, что для операции такого масштаба считается числом незначительным). С другой стороны, психологическое истощение явилось одной из основных причин уязвимости иракских солдат во время войны в Персидском заливе. Ярким доказательством этого стали факты массовой сдачи в плен целых подразделений иракцев.

Боевой стресс был описан больше сотни лет назад. Во время гражданской войны в США это состояние было названо “ностальгией”, когда люди надолго были оторваны от дома. “Shell shock” (бомбовое потрясение) - так характеризовали состояние людей, которые попадали под бомбежки во время первой мировой войны, а “военный невроз” - состояние тех, кто бомбардировки не испытал, но также участвовал в боевых действиях. Позже стали употребляться термины “боевой стресс” и “боевое утомление”. В 1980

году Американская психиатрическая ассоциация отметила, что симптомы, наблюдаемые у комбатантов, были сходными с теми, которые имели место у гражданских лиц, перенесших катастрофы или стихийные бедствия. В Диагностическом и Статистическом Руководстве Американской психиатрической ассоциации (The Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychiatric Association DSM – 111 – R (пересмотренном) перечислены эти симптомы как критерии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)). Опыт реабилитации военнослужащих с данным типом расстройств свидетельствует о том, что ПТСР является патологическим финалом, который развивается как результат хронического действия интенсивных стрессоров военного времени и которому предшествует ряд переходных состояний.

Термины “боевая стрессовая реакция” (БСР) (combat stress reaction) и боевое утомление (combat (battle) fatigue) используются для характеристики первичной нормальной реакции на бой. То есть эти состояния могут развиться до ПТСР, по своей природе не являясь патологическими, но которые свидетельствуют о значительном напряжении компенсаторных и адаптивных систем человека. БСР – общий термин, который охватывает все возможные реакции на боевые условия. Эта реакция может иметь как положительный, приспособительный эффект, воодушевив воина на акты героизма, так и отрицательный, сделав его неспособным к участию в бою. БУ - это боевая стрессовая реакция, в которой стрессоры боя и другие личностные стрессоры сочетаются с перегрузкой психологических механизмов защиты и делают человека временно неспособным к выполнению своих обязанностей. Следует отметить, что БУ не является психиатрическим диагнозом. В литературе, вышедшей после второй мировой войны, особо подчеркивается, что диагноз “невроз” не должен применяться по отношению к лицам, имеющим симптомы БУ. Это разделение с психиатрическими расстройствами позволяет определять БУ как нормальное состояние, которое развивается у нормальных людей под влиянием ненормальных обстоятельств (8,9).

Особую значимость имеет способность военнослужащих и их ближайшее окружение (прежде всего командиров, врачей, психологов) адекватно оценивать состояние человека, выявлять те симптомы, которые свидетельствуют о развитии стресса. Для этого необходимо знать и учитывать несколько признаков: нарушение сна, тревожность, депрессию, страх, раздражительность, напряжение и тремор. БСР первоначально проявляется, как индивидуальная неспособность человека выполнять свои служебные обязанности. Такие проявления встречаются очень рано и связаны они с увеличением интенсивности ведения боевых действий и влияния стресс-факторов. Среди наиболее характерных признаков необходимо отметить оставление поля боя, необъяснимое отсутствие и др. Те комбатанты, которые испытывают боевое утомление, имеют большую вероятность повторения симптомов. Психологические факторы (личностные особенности человека) могут задержать или осложнить реабилитацию после

таких состояний. Более серьезными проявлениями влияния боевых условий на военнослужащих являются диссоциативные и конверсионные расстройства, членовредительство, суицидальное поведение. Например, за время войны в Персидском заливе в армии США, участвующей в операции, имели место 6 суицидов, 3 – во время высадки десанта на Гаити и 1- в Сомали (6).

Принципы медико-психологической реабилитации комбатантов с признаками БСР впервые были сформулированы Salmon в годы первой мировой войны. Этими признаками являлись приближенность, немедленность, ожидаемость (PIE – proximity, immediacy, expectancy). Дальнейшая разработка и дополнение принципов реабилитации комбатантов с признаками реакции боевого стресса составили акроним (мнемоправило) BICEPS. BICEPS – аббревиатура, составленная из английских слов Brevity (непродолжительность), Immediacy (немедленность), Centrality (централизованность), Expectancy (ожидаемость), Proximity (приближенность), Simplicity (простота).

Приближенность – этот принцип подразумевает максимальную близость места оказания помощи к театру военных действий. Такой подход снимает транспортную проблему и заключает в себе еще ряд преимуществ. Самое главное – возможность для пациента получать дружескую поддержку от своих сослуживцев, что значительно повышает общую эффективность реабилитационных мероприятий, однако место лечения должно быть относительно безопасно.

Принцип немедленности означает необходимость оказания помощи пострадавшим с симптомами БСР в течение минут или часов после манифестации этих симптомов. Проявления БСР становятся более устойчивыми по отношению к терапевтическим воздействиям в случаях задержки помощи. Значительно легче устранить признаки расстройства и вернуть комбатанта в строй на начальных стадиях. Из этого принципа следует, что первую помощь должен оказывать не офицер медицинской службы. Наиболее приемлемым следует считать вариант оказания помощи военнослужащим равного статуса.

Третий принцип, названный надеждой, пожалуй, наиболее важный. Уверенность в том, что пострадавший вернется в строй, должна демонстрироваться на каждом этапе организации реабилитации. В многочисленных исследованиях было показано, что если пострадавший лечится в качестве пациента и направляется в тыл, его симптомы держатся дольше и он реже возвращается к исполнению служебных обязанностей, либо этого не происходит совсем.

Очень важен вопрос формулировки диагноза. Если пострадавшему с РБС ставят психиатрический диагноз, это может отрицательно сказаться на прогнозе. Анализ случаев безуспешного лечения говорит о том, что пострадавшие, знающие о психиатрическом диагнозе, снижают контроль за поведением, у них усиливается симптоматика поражения. В данном случае велика опасность развития ятрогении. Формулировки диагноза, такие как

военный невроз, боевой шок, психоневроз, или истерические реакции, могут внушить мысль о хроническом характере заболевания. Нейтральные термины, такие как “реакция боевого стресса”, или “боевое утомление”, значительно предпочтительнее.

Пострадавшие должны проходить курс реабилитации не в качестве больных, а именно военного персонала. Очень важно, чтобы пострадавшие были отделены от соматических больных или раненых. Практически всегда предпочтительным является оставление такому контингенту военной униформы вместо госпитальных пижам. Должны поддерживаться воинская этика и дисциплина. Комбатантам может быть позволено оставление личного оружия после того, как оно будет разряжено. Как правило, лекарственных препаратов следует избегать, составив исключение лишь для седативных средств. Основными средствами реабилитации являются отдых, восстановление отношений в воинском коллективе и помощь в адаптации к боевым условиям. Обеспечение душем, пищей, теплой сухой одеждой и сон являются простыми и весьма эффективными средствами реабилитации. Важно, чтобы реабилитационный период был кратким (48-72 часа) и простым. Индивидуальные и групповые психокоррекционные сеансы используются для того, чтобы дать возможность пострадавшим выразить и поделиться своими гневом, горем и страхом, как с начальниками, так и с такими же пострадавшими. Этот процесс направлен на разрядку и отреагирование (катарсис) отрицательных эмоциональных реакций на боевой стресс. Простые психотерапевтические техники, такие как отреагирование, суггестия, убеждение могут эффективно использоваться для реабилитации людей с признаками БУ. Отреагирование, процесс переработки неприятного опыта (переживаний) посредством обсуждения психотравмирующих событий с другими играет значительную роль в восстановлении оптимального состояния. Это способствует устранению чувства беспомощности. Отреагирование как лечебный прием может использоваться как для оказания первичной помощи, так и предупреждения дальнейшего ухудшения состояния пострадавшего.

Оказание реабилитационной помощи в случае БСР и БУ предполагается организовать в рамках трехэтапной системы. Первый этап основывается на контроле со стороны окружающих, помощь оказывается на месте. Этот этап в наибольшей степени отвечает принципам немедленности и приближенности. Дополнительно первый эшелон может включать поддержку и реабилитацию пострадавших, обратившихся по команде. Если меры первого этапа оказались недостаточными, пострадавшего отправляют через сортировочный и накопительный пункт на второй этап. Он представлен Центром управления боевым стрессом (Battle stress management center), в котором работает хорошо подготовленный персонал психиатрического профиля. Выбор места развертывания такого Центра - весьма серьезная задача. Обычно он расположен на некотором удалении от линии фронта (примерно в 2-4 милях), в зоне, относительно безопасной с точки зрения досягаемости противника. На этом этапе в результате короткого

скринингового обследования отбираются лица с признаками БУ и БСР. Примером организации работы такого лечебного учреждения может являться 528 Центр боевого стресса (Combat Stress Center) армии США, организованный на время ведения боевых действий в Персидском заливе. В нем в течение 6 месяцев работы персонал, состоящий из 38 человек, освидетельствовал и оказал помощь 514 пациентам. (Всего в войне в Персидском заливе участвовало примерно 650000 солдат и офицеров США). На случай обострения конфликта и резкого увеличения потока пострадавших предусмотрена система усиления персонала Центров кадрами опытных психиатров из тыловых районов страны. Например, неотложная психиатрическая помощь потребовалась персоналу 71 Спасательной эскадрильи ВВС США, в которой в результате взрыва бомбы в Саудовской Аравии в 1995 году 5 человек погибло, 19 были ранены. (5). В течение ближайших 2 дней после взрыва примерно 100 человек персонала психиатрической клиники авиабазы ВВС Patrick, Флорида, были срочно переброшены в Саудовскую Аравию и оказывали помощь 100 пострадавшим авиабазы. При организации помощи учитывается, что во время проведения боевой операции основной поток пострадавших приходится на первый месяц работы.

Богатый опыт лечения боевой психической травмы имеет армия Израиля, в которой еще в ходе войны с Ливаном в 1982 году применялись перечисленные выше принципы оказания помощи пострадавшим. Для этого были созданы так называемые подразделения восстановления боеспособности (Combat Fitness Retraining Unit), персонал которых состоял из психиатров, социальных работников, клинических психологов, инструкторов по спорту и боевой подготовке. Важной особенностью, на которую обращают внимание организаторы таких подразделений, состоит в том, что врачом или психологом должен быть человек, обязательно имеющий боевой опыт, что позволит установить более доверительные отношения в процессе проведения терапии (7).

Третий этап, как правило, расположен в центральных районах на авиабазах, на нем проводится глубокое, но короткое и немедленное обследование и оказание психиатрической помощи с перспективой скорейшего возвращения в строй. Следует отметить, что лица с серьезной психиатрической патологией, как правило, эвакуируются с театра военных действий сразу в четвертый эшелон оказания помощи. Там оказывается помощь больным с посттравматическими стрессовыми расстройствами и другой серьезной патологией. Примером специализированного лечебного учреждения, который занимается боевой психиатрической патологией, является армейский медицинский центр Tripler (Гавайи), где в наибольшей степени изучена проблема ПТСР, проводится лечение больных с помощью препаратов и психотерапевтических процедур (3). Фармакотерапия сочеталась с рефреймингом, символической переработкой отрицательного опыта, поддерживающими катартическими методами, групповой психотерапией, когнитивной рациональной терапией, разъяснением

социально-психологических последствий ПТСР. В Центре за 5 лет, прошедших после войны в Заливе, прошли успешную реабилитацию 632 пациента. Необходимо подчеркнуть, что в специализированные центры попадают лишь лица с выраженной симптоматикой. В масштабных исследованиях, проведенных по прошествии 2 – 3 лет после войны в Персидском заливе, в одном из которых было обследовано 4500 военнослужащих армии США, было показано, что признаки стрессовых реакций характерны примерно для 30 % военнослужащих, принимавших непосредственное участие в боевых действиях и 15 % военнослужащих, выполнявших вспомогательные функции. Это выражалось в повышенной враждебности, высоких показателях тревожности, депрессии, психотизма, соматизации, обсессивно-компульсивном поведении. Дополнительные проблемы возникают в связи со значительным увеличением количества женщин, проходящих военную службу (если в 1973 году доля женщин-военнослужащих в армии США составляла 2 %, то в настоящее время – 9 %). У них протекание ПТСР отличается рядом специфических особенностей, которые еще до конца не понятны. Все это создает определенные социальные проблемы.

Важно отметить, что при лечении ПТСР предпочтение отдавалось психотерапевтическим техникам, а из фармакологических препаратов назначались лекарства, снижающие уровень ажитации, импульсивности, агрессивности. Во вторую очередь назначались препараты, нормализующие сон (clonidine, valproic acid, fluoxetine, trazodone и др.) Отмечено, что наилучшие результаты психотерапия посттравматических стрессовых расстройств дает в том случае, когда удается снять симптомы гиперактивации.

Расчеты показывают, что использование принципов BICEPS при оказании помощи пострадавшим с явлениями БСР позволяет ожидать возвращения в строй до 85 % личного состава. Из них примерно у 7 % можно ожидать повторных реакций. В армии Израиля во время войны в Ливане использовались три принципа из шести (близость, немедленность, ожидаемость). Сравнение подразделений, в которых этих принципов придерживались, показало, что возвращаемость в строй была 60 %; и только 22 % там, где этих принципов не придерживались. Кроме того, частота развития ПТСР оказалась ниже на 30 % (у опиравшихся на принципы 40 %, у остальных – 71 %). Показательны в этом отношении сравнительные данные распространенности ПТСР у ветеранов Вьетнамской войны (15,2 % по прошествии 15 лет) и операции в Персидском заливе (5% по прошествии 2 лет) (8).

В заключение нельзя не сказать еще об одном важнейшем условии, призванном обеспечить высокий уровень психического здоровья военнослужащих, которое не имеет никакого отношения к медицине и психологии, но от которого зависит очень много – о пропагандистском обеспечении военных кампаний. Эталонный демократический режим – США – забывают обо всех свободах, в том числе свободе слова, как только речь

заходит о ведении боевых действий. К примеру, доступ иностранных корреспондентов в американские войска, развернутые в Саудовской Аравии во время войны «Буря в пустыне», ограничивался посещением небольшого числа подразделений, перечень которых был утвержден американским командованием. К общению с корреспондентами допускались только специально отобранные и подготовленные военнослужащие. Командование строжайше дозировало информацию о ходе операции. Ситуация повторилась во время боевых действий в Афганистане. Все это призвано обеспечить «привлекательный» образ войны в глазах населения стран – инициаторов боевых действий, и, соответственно, положительное отношение к военнослужащим, участвовавшим в операциях. Солдат, чувствующий себя героем, после возвращения домой, скорее, преодолеет неблагоприятные психологические последствия участия в войне (1).

Литература:

1. Крысько В.Г. Секреты психологической войны (цели, задачи, методы, опыт)/ Под общ.ред. А.Е.Тараса.- Мн.: Харвест, 1999.- 448с. "Коммандос".
2. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. //Психологический журнал.- 1999. - № 5. – 62 –74.
3. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов. //Психологический журнал.- 1998. - № 2. – 15 –26.
4. Adams D., Lettich L., Berigan T. Pharmacological management of PTSD: clinical summary of five-year retrospective study; 1990-1995. // Military Medicine. №9 1997. – 616 – 619.
5. Bove A.A., Oxler S.J. Medical department operations in a fleet hospital during operation Desert Storm. // Military Medicine. № 8- 1995 – 391-395.
6. Budd F. Helping the helpers after the bombing in Dhahran: critical-incident stress services for an Air Rescue Squadron. // Military Medicine. № 8 – 1997.- 515 –520.
7. Hall D.P. Stress, Suicide, and Military Service during operation Uphold Democracy // Military Medicine. № 3- 1996 – 159-162.
8. Margalit Ch., Rabinovich S., Erion T., Solomon Z., Ribak J. Treatment of post-traumatic stress disorder an applied rear-echelon approach. // Military Medicine. № 5 -1994. – 415 -418.
9. Stuart J., Halverson R.R. The psychological status of U.S. Army soldiers during resent military operations. // Military Medicine. № 11- 1997 – 737-743.
10. Takla N. K., Koffman R., Bailay D.A. Combat stress, Combat Fatigue and psychiatric disability in aircrew// Aviation, Space and environment Medicine. 1994. -65, 858-865.

Глава 4. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ТРАВМАТИЧЕСКУЮ АМПУТАЦИЮ КОНЕЧНОСТИ В ХОДЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.

Получение ранения в ходе боевых действий является тяжелейшим психотравмирующим фактором, оказывающим специфическое влияние на человека, во многом определяя особенности социально-психологической адаптации после возвращения к мирной жизни (8,14). Особую остроту эта проблема приобретает в связи с появлением большого числа инвалидов с ампутационными дефектами конечностей, остающихся после вооруженных конфликтов. В структуре санитарных потерь в современных локальных войнах одно из ведущих мест (от 52 до 66 %) занимают ранения конечностей. Из этого числа 6 – 8 % случаев сопровождаются травматической ампутацией либо хирурги вынуждены выполнять операции ампутации на различных этапах оказания медицинской помощи (5,17). Огромную проблему представляют противопехотные мины, оставленные после ведения боевых действий, на которых подрывается уже мирное население. Подобные поражения меньше поддаются статистическому учету, но можно смело утверждать, что таких раненых достаточно много.

Психическое состояние, в котором находится человек, перенесший травматическую ампутацию конечностей, можно отнести к категории острого горя, явлению, которому в последнее время уделяется пристальное внимание специалистов (1,2). Факт ампутации переживается как тяжелейшая личная трагедия, заключающая в себе громадный разрушительный смысл. Ампутация означает для человека крушение всех его жизненных перспектив и планов, переоценку собственного “Я”, существенное понижение уровня притязания личности, необходимость поиска своей особой социальной ниши, и, зачастую, утрату смысла существования (9). Как бы ни был человек психологически подготовлен к такому варианту развития событий (например, лица опасных профессий - спасатели, военнослужащие, ведущие боевые действия), факт ампутации воспринимается как личная катастрофа. Об этом говорят, например, случаи суицидальных попыток, которые совершают военнослужащие сразу после получения ранения, когда наступает осознание факта потери конечности. Такие ситуации требуют от личности серьезного напряжения механизмов алло- и интрапсихической адаптации, большой внутренней работы переживания горя. «Работа горя», особенности перестройки личности в условиях тяжелой физической травмы систематически и всесторонне изучались со времен второй мировой войны (3,14).

В результате исследований были выявлены факторы, определяющие особенности реакции личности на тяжелую физическую травму. Ситуация развития человека в этом случае является кризисной, т.к. порождает ряд трудноразрешимых противоречий. Источником посттравматического кризиса является тяжелое физическое состояние, а также социальные последствия травмы – изменение социального статуса человека, полная или частичная утрата трудоспособности, ослабление социальных контактов и связей (т.к.

больные много времени проводят вне своей референтной группы), затруднения в проведении досуга. Наполнение жизни человека в посттравматический период новым смыслом, постановка жизненно важных целей способствует разрешению больным основных проблем, возникающих перед ним после получения травмы. Нередко проблемы личности находят свое выражение в попытках компенсации социально неприемлемыми способами – употреблении алкоголя, наркотиков, суицидальных явлениях.

Следует особо подчеркнуть, что, в отличие от больного или травмированного человека, раненый в боевых действиях испытывает двойной гнет – факта физического увечья и участия в боевых действиях. Есть все основания полагать, что эти психотравмирующие факторы будут оказывать взаимоотягощающее воздействие на личность. Опыт показывает, что особое внимание при лечении такого контингента раненых необходимо уделять не только кругу вопросов, связанных с заживлением раны и последующим протезированием, но и проведению комплексных программ медико-психологической реабилитации, которые начали успешно осуществляться в ряде центральных госпиталей (7,12). Однако для рациональной организации психокоррекционной работы и дальнейшей медико-социальной и психологической реабилитации специального уточнения требуют особенности психического статуса лиц, перенесших травматическую ампутацию конечности в ходе ведения боевых действий.

Методика исследования. Для достижения целей работы было проведено специальное исследование, в ходе которого изучались психологические особенности раненых, проходящих реабилитацию в 6-м Центральном военном клиническом госпитале. Было обследовано 45 человек мужчин, в возрасте от 19 до 36 лет разных воинских званий, срочной и контрактной службы. Все пациенты получили боевые травмы различной степени тяжести и поступили в госпиталь, в среднем, через 2 месяца после ранения. Раненые были разделены на две группы. В первую вошли пациенты, получившие ранения без ампутации (как правило, огнестрельные переломы конечностей) (21 человек). Вторую составили раненые с травматическими ампутациями конечностей (24 человека). Контрольную группу 20 человек мужчин составили студенты ВУЗов в возрасте от 19 до 24 лет (средний возраст соответствовал значениям экспериментальной группы).

Раненые проходили комплексное клинико-психологическое обследование, в которое входили: клиническая беседа, проводившаяся по типу структурированного интервью, стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (вариант MMPI, адаптированный Собчик Л.Н.), ассоциативный эксперимент, проводившийся по методу “пролонгированного ответа” (continuos response) и направленного на выявление смыслового ядра личности. Для уточнения диагнозов использовался дополнительный набор методик, куда входили: рисуночный тест (“несуществующее животное”), тесты Розенцвейга и Люшера, личностной и ситуативной тревожности (Спилбергера-Ханина), субъективная оценка самочувствия, активности, настроения (САН).

Нами впервые был применен ассоциативный эксперимент, направленный на выявление смыслового ядра личности. В настоящее время применяется множество модификаций ассоциативного эксперимента, который является одним из самых разработанных методов семантического анализа. С его помощью метода решаются различные психологические и психолингвистические задачи: изучение индивидуальных различий, процессов мышления, формирования речи в онтогенезе, семантических полей и др. (6,10,11,19). Важной характеристикой ассоциаций является, с нашей точки зрения, способность отражать в них специфические особенности жизнедеятельности, актуального состояния субъекта, его жизненного опыта, а также взглядов и оценок будущего. В ассоциативном эксперименте нами были использованы следующие ключевые слова: дом, жизнь, счастье, будущее, война. Данный выбор основывался на опыте аналогичного обследования, который проводился после гражданской войны на Балканах (11).

Впоследствии результаты обследования использовались для уточнения направлений психокоррекционной и психотерапевтической работы.

Результаты и их обсуждение. Обследование позволило выявить у обследуемого контингента признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), которые проявлялись на уровне всех патогномоничных симптомов: повторного переживания травмы и травматического события, нарушения сна (кошмарные сновидения, трудности при засыпании или нарушение продолжительности сна), изменения поведения, раздражительность или вспышки гнева, злоупотребление алкоголем или наркотиками, особенно для «снятия остроты» болезненных переживаний, воспоминаний или чувств; депрессия, суицидальные мысли или попытки к самоубийству (14). Симптоматика ПТСР отмечалась у 37 % раненых и 23 % “ампутантов”. В проявлениях ПТСР обеих групп раненых отмечались некоторые различия. Одним их главных диагностических критериев ПТСР является нарушение сна пострадавших, выражающееся в затруднении засыпания, преследующих кошмарах с яркими картинами пережитых психотравмирующих событий. Эти явления практически отсутствуют у раненых с ампутацией конечностей (по истечении 2 – 3 месяцев после получения ранения) за исключением случаев, когда сну мешают фантомные боли. Как правило, содержание снов пострадавших имеет вполне мирный характер. “Ампутанты” снятся себе здоровыми, в сценах, которые разыгрываются во сне, обязательно присутствуют локомоторные акты, имеющие особую эмоциональную насыщенность – они ходят по свежей утренней росе, бегут по дороге и т. д. У раненых без ампутаций содержание сновидений, как правило, отражало травматический опыт, связанный с моментом получения ранения. В остальном отличий симптоматики ПТСР раненых и "ампутантов" выявлено не было.

Характерным для состояния раненых обеих групп были высокие показатели реактивной тревожности. Поэтому особый интерес представляет

выявление типичных механизмов психологических защит, направленных, как известно, на устранение тревоги.

Наиболее характерными для раненых вариантами психологических защит являлись агрессия, рационализация, регресс в инфантильную фазу с присущим ей импунитивным способом реагирования (“бегство от ситуации”) и отказом от активного преодоления стресса. Почти для всех раненых характерна явно выраженная агрессия по отношению к кому-либо, кто явился, по их мнению, причиной несчастья. Это могли быть, например, командиры, без артиллерийской подготовки, бросившие в бой подразделение или не обращавшие внимание на жалобы солдата, который впоследствии обморозил ноги. Или сослуживцы, не прикрывшие отход группы спецназа. Один офицер с высокими ампутациями обеих ног по прошествии полугода продолжал находиться в уверенности, что одну ногу врачи ему ампутировали по ошибке. Эта агрессия находила выход в немотивированной грубости по отношению к персоналу. У таких пациентов, как правило, редко отмечались признаки интрапсихической перестройки, которая позволила бы им адаптироваться к новым условиям жизни. Весьма характерной для этой группы пациентов была изобразительная продукция в тесте «несуществующее животное», свидетельствующая о выраженности агрессивных реакций.

Рационализация была вторым по частоте встречаемости механизмом защиты. Нередки были случаи, когда раненые не сообщали домой истинного положения дел, надеясь сообщить о травме при личной встрече, взяв на себя заботу о своих близких, об их адекватном реагировании на ситуацию. Характерной чертой таких пациентов является выстраивание системы объяснения произошедшего события, концептуализация причины травмы. Пострадавшие формируют систему объяснений того, почему несчастье случилось именно с ним, а не с кем-то другим. У многих отмечаются идеи о предуготованности, неизбежности травмы. Один из бойцов отмечал: «Когда я получил индивидуальный жетон с номером 666, то сразу понял - что-нибудь случится» (он был единственным из 15 человек группы, который подорвался, потеряв обе ноги на уровне верхней трети бедра).

В данном случае агрессия выполняет до определенного момента защитно-приспособительную функцию, блокируя на время стрессовую симптоматику. Однако стратегия защиты от стресса в этом случае изначально является неконструктивной. С позиций психодинамического подхода аддиктивное поведение, возникающее под воздействием стресса, можно рассматривать как регресс в инфантильную фазу с отказом от преодоления трудностей. Это предположение подтверждалось данными выполнения теста рисуночной фрустрации Розенцвейга, где испытуемые демонстрировали более выраженные по сравнению с контрольной группой студентов интрапунитивные и Эго-защитные реакции на стимульный материал. Это обстоятельство в дальнейшем может серьезно затруднить социальную реадаптацию данного контингента раненых. Так как раненые, помимо стрессогенного воздействия боевой обстановки испытывают стресс,

связанный с получением ранения, то вероятность возникновения аддиктивного поведения в мирное время у раненых возрастает. Как показывают наблюдения, наиболее благоприятным механизмом защиты с точки зрения прогноза успешности дальнейшей адаптации является рационализация.

Профиль СМИЛ у лиц, получивших ранения, существенно отличается от показателей контрольной группы. Более 50 % обследованных имели однотипный профиль, характеризующийся подъемом по 2-й шкале (депрессия), 4-й (импульсивность) и 9-й (оптимистичность) при существенно пониженной 0-й (социальная интроверсия). Одновременное повышение по 2-й и 4-й шкалам выявляет внутренний конфликт, в котором проявляются разнонаправленные тенденции – высокий уровень притязаний при неуверенности в себе, высокая активность и быстрая истощаемость (16). В целом нами не было выявлено закономерностей повышения шкалы депрессии (2) в связи со спецификой полученного ранения. Ведущий пик по 9-й шкале в профиле раненых выявляет высокий уровень оптимизма, жизнелюбия и активности, инициативность, стремление быть в обществе, разговорчивость. Завышенная самооценка, легкость в принятии решений, снисходительное отношение к своим недостаткам - все это обусловлено молодым возрастом испытуемых и является вариантом молодежной нормы. Повышение профиля раненых по 9-й шкале и низких показателях 0-й шкалы может говорить о стремлении выйти из психотравмирующей ситуации через социальные контакты и социальную активность, ослабляющую действие психотравмирующей ситуации.

Временной и содержательный анализ материалов ассоциативного эксперимента показал существенные различия в речевой продукции на ключевые слова экспериментальной и контрольной групп.

Ассоциации на слово «война» у группы раненых и «ампутантов» существенно отличались от ответов на другие ключевые слова высокой речевой продуктивностью и коротким латентным периодом, высокой эмоциональной насыщенностью (отрицательной). Нами было выделено 10 наиболее часто встречаемых ответов: смерть, грязь, кровь, слезы, горе, убийства, дружба, оружие, предательство, стрельба. Ответы раненых на ключевые слова (жизнь, счастье, будущее) характеризовались длительным латентным периодом и низкой продуктивностью. Вербальная активность раненых ниже, чем у испытуемых контрольной группы. При этом у раненых наблюдается большой процент (54%) непродуктивных ассоциаций (в основном встречалась замена адекватного слова словосочетанием или стереотипным высказываний). Содержательный и временной анализ речевой продукции свидетельствует о серьезных изменениях смыслового ядра личности, наступающих у участников боевых действий, получивших ранения. Основным содержанием произошедших изменений можно считать утрату жизненных перспектив, разочарование, деструкцию смыслового ядра личности. Выявленные особенности в большей степени были характерны

для “ампутантов”. Пациенты растеряны, слабо представляют, чем могли бы заняться и как вообще жить после выписки из госпиталя.

Таким образом, получение ранения в ходе боевых действий приводит к серьезным изменениям личности, к которым можно отнести формирование симптомокомплекса ПТСР, специфического профиля личности, полученного по методике СМИЛ, и характеризующегося повышением 2, 4 и 9 шкал при пониженной 0. “Ампутантам” в меньшей степени, чем другим категориям раненых, присущи переживания, входящие в симптоматику ПТСР, что, на наш взгляд, объясняется своеобразным “искуплением” вины потерянной конечностью. У этой же категории раненых отмечена более значительная деструкция смыслового ядра личности, что диктует необходимость проведения наряду с традиционными психотерапевтическими процедурами логотерапии (по Франклу).

Важнейшей составляющей психотерапевтической помощи группе раненых с ампутацией стало устранение “психической” составляющей фантомного синдрома. Ранее проведенные исследования (4) позволили предположить у раненых с ампутациями конечностей сложный характер происхождения фантомных болей, в этиопатогенезе которых имеет значение целый комплекс психологических факторов: нарушение межполушарного взаимодействия, нарушение схемы тела и др.(4,15). Об этом говорят, например, такие факты, как различная частота фантомных болей на правых и левых конечностях. Так, по данным Залкинд Э.М., «болевой галлюциноз» - послеампутационный фантомно-болевой синдром – возникает в 66 % левосторонних и 34 % правосторонних ампутаций (при прочих сопоставимых условиях). То же соотношение отмечено у женщин после удаления груди (по 4). Неравномерность частоты проявлений фантомного синдрома объясняется функциональной асимметрией головного мозга, заключающейся в сенсорной "специализации" правого и левого полушарий. Доминантное полушарие (левое - у правшей) отвечает за переработку символьной (вербально-логической, или речевой) информации. Субдоминантное полушарие (правое - у правшей) отвечает за прием и переработку образных, эмоциональных сигналов. Болевые импульсы, обладая исключительно высокой эмоциональной насыщенностью, в большей степени "запоминаются" субдоминантным полушарием, что и обусловливает большую частоту фантомного синдрома на левой (эмоциональной) половине тела (преобладающая часть населения - функциональные правши). Отмечается относительная редкость возникновения фантомных болей у детей до 9 лет, причем, чем раньше ребенок сталкивается с потерей конечности, тем меньше вероятность развития у него фантомных болей (15). Этот факт объясняет отсутствием окончательно сформированной «схемы тела», то есть представлением о собственном теле как структурно-функциональной единице, отличной от всего остального «не-Я». Наблюдения свидетельствуют о сложном характере участия корковых отделов различных анализаторов в происхождении фантомных болей, иллюстрацией чего является приведенный ниже клинический случай. В основе механизмов

развития боли, по-видимому, лежат сложные межанализаторные взаимодействия, активация старых сенсорных энграмм. Это доказывает важность психотерапевтического воздействия на психику человека, страдающего фантомными болями, гармонизации межполушарного взаимодействия, обучения его приемам аутосуггестивного воздействия для купирования приступов.

Данные психологического тестирования стали основой для разработки индивидуальных и групповой психокоррекционных программ, основным элементом которых необходимо считать логотерапию (по Франклу), направленную на помощь в преодолении жизненного кризиса, поиске новых смыслов жизни. За основу была взята антикризисная психотерапия по Старшенбауму (13). Второе ключевое направление психотерапии – формирование способности к управлению своим состоянием с целью снятия тревожно-депрессивной симптоматики, понижения интенсивности и профилактики фантомно-болевого синдрома. С этой целью успешно применялся комплекс методик имаго-терапии и аутотренинга (в различных модификациях, в частности, психосоматической саморегуляции). На более поздних этапах госпитальной реабилитации целесообразно применение поведенческой психотерапии, в рамках которой рассматриваются вторичные потенциально психотравмирующие ситуации, с которыми может столкнуться раненый после возвращения к мирной жизни (например, проблемы межличностного взаимодействия, трудности профессионального самоопределения). Важнейшей составляющей психологической реабилитации на госпитальном этапе является реализация различных образовательных программ, дающих раненым жизненную перспективу. В этой связи уместно отметить, что военно-врачебными комиссиями делается все для оставления военнослужащих, потерявших конечности, в рядах Вооруженных Сил. При желании офицеров оставляют служить на штабных должностях.

Для сравнения интересен опыт США, где в течение 8 лет (1980-1988) прошли освидетельствования 469 военнослужащих, потерявших конечности (как правило, не в боевых действиях), из которых лишь 11 человек (2,3%) вернулись к исполнению обязанностей военной службы. Все остальные сочли целесообразным жить на социальные пособия и выплаты (18). Само по себе участие в боевых действиях является фактором, выходящим за пределы обычного человеческого опыта, нарушающим социальную адаптацию. Это заставляет правительства развитых стран обращать особое внимание на реализацию программ помощи инвалидам войн. Например, такая программа успешно функционирует в Израиле, что позволило вернуться к прежней работе 28 % ампутантов. Среди ветеранов 2 мировой войны США 78 % вернулись к активной работе или получили более высокое образование. В нашей стране эта проблема ещё далека от своего решения, особенно в небольших городах и сельской местности, которые «дают» основную часть призывников, направляемых воевать в горячие точки. Разноплановые исследования этого вопроса, его медицинского, психологического и

социального аспектов позволит обеспечить достойную жизнь людям, потерявшим здоровье при защите интересов государства.

Литература:

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – (Руководство для врачей).- М.: Медицина,1993.- 400с.

2. Александровский Ю. А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Щукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. - М.: Медицина,1991.- С.115.

3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. - Л.: Наука, 1988. – 270.

4. Брагина Н.Н., Доброхотов Т.А. Функциональные асимметрии человека. - М.:Медицина,1981, С. 288.

5. Брюсов П.Г., Хрупкин В.И. Опыт организации хирургической помощи в период боевых действий в Чеченской Республике// Воен.-мед. журн. – 1997. - № 6. – с.4 – 12.

6. Глозман Ж.М. Исследование структуры лексикона больных с корковыми и подкорковыми поражениями мозга. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 1996. - № 2 - с. 67-72.

7. Иванов В.Н., Голов Ю.С., Белинский А.В. и др. Динамика психофизиологических показателей в процессе медицинской реабилитации у военнослужащих, пострадавших в ходе боевых действий в Чеченской республике. – В сб. Актуальные проблемы медицинской реабилитации. М.: Изд-во 6 ЦВКГ МО РФ. 1998. – с. 325 - 237.

8. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. //Психологический журнал.- 1999. - № 5. – 62 –74.

9. Мазур Е.С. Гештальт-подход при оказании психотерапевтической помощи пострадавшим от землетрясения. //Московский психотерапевтический журнал. – 1994.- № 3 с.81 – 92.

10. Петренко В.Ф. Психосемантика сознания.// М.: Изд-во МГУ, 1988.- С. 208.

11. Печак В. Психологические аспекты войны.// Иностранная психология.-1997. № 8, - с.6 – 11.

12. Поправка С.Н., Сергеев В.А. Методические подходы к организации реабилитации военнослужащих с ампутационными дефектами конечностей// Воен.-мед. журн. – 2000. - № 1. – с.27 – 31.

13. Психотерапевтическая энциклопедия. //Под ред. Карвасарского Д.Б. СбП, Питер. 1999. – 633 с.

14. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – 128с.

15. Симмел М. Фантомная конечность.// Ощущения и восприятие. Хрестоматия. М.: Изд-во МГУ, 1978.-с. 171-173.

16. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Изд-во Института прикладной психологии. - 2001.- С.512.

17. Улунов А.Д., Татарин С.Н., Иванцов В.А., и др. Опыт организации работы гарнизонного госпиталя в вооруженном конфликте// Воен.-мед. журн. – 2000. - № 2. – с.4 – 11.
18. Kishbaugh D., Dillingham T.R., Howard R.S. // Amputee soldiers and their return to active duty. // Military Medicine. № 2 - 1995 – 82-84.
19. Millsap R.T., Meredith W. Structure in semantic memory: a probabilistic approach using a continuos response task.// Psychometric. - № 1, 1987. - 19 – 41.

Глава 5. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, ПОЛУЧИВШИХ РАНЕНИЕ В БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЯХ.

Проблемы социально-психологической адаптации участников вооруженных конфликтов давно привлекают внимание исследователей. (1, 5, 7,10,13). Боевая психическая травма и её последствия, которые выражаются в феномене посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), являются одним из главных внутренних барьеров на пути социальной адаптации ветеранов в гражданском обществе (7,8,11). Возвращение к мирной жизни участников вооруженных конфликтов сопровождаются новыми стрессами, связанными с трудностями приспособления к мирной жизни, непониманием, осуждением, сложностями в общении и профессиональном самоопределении. Об этом свидетельствуют многочисленные исследования, в которых оценивались показатели уровня социально-психологической адаптированности ветеранов войн во Вьетнаме, Афганистане, других локальных конфликтах (2,6,12). Например, показатели самоубийств среди участников вьетнамской войны к 1975 году в два раза превысили число погибших в самой войне. Уровень разводов среди них составляет около 90%, вероятность оказаться безработным в 5 раз больше по сравнению с другими гражданами, попали в тюрьму или были арестованы 50% (7,11). Аналогичные показатели отмечены на отечественных выборках ветеранов: около 8% «афганцев» - безработные, 27% - пенсионеры, которые имеют лишь случайные приработки, при этом, 60% ветеранов находятся в наиболее трудоспособном возрасте от 31 до 40 лет (1,13).

Необходимо отметить, что основная часть исследований проблемы послевоенной адаптации ветеранов вооруженных конфликтов проводилась на контингенте лиц, не имевших сколько-нибудь серьезных ранений. Есть все основания предполагать, что получение ранения в ходе боевых действий является дополнительным фактором, затрудняющим социально-психологическую адаптацию военнослужащих. Отмечено, что симптоматика ПТСР среди раненых и калек значительно выше (до 42%), чем среди физически здоровых ветеранов. Особыми трудностями, связанными с трудоустройством и получением пенсий и льгот, осложняется интеграция в социум ветеранов-инвалидов (1,3,4).

Как было установлено, на уровень социально-психологической адаптированности и интегрированности в обществе ветеранов современных локальных вооруженных конфликтов оказывают влияние три основных

группы факторов. Это последствия травматического стресса боевой обстановки, такие как ПТСР, личностные изменения, расстройства поведения. Вторая группа факторов обусловлена состоянием здоровья участников боевых действий, т.к. ранения и травмы различной степени тяжести затрудняют функционирование ветерана в обществе, накладывают отпечаток на самосознание ветерана, вызывают различные психические изменения, часто депрессивного характера. К третьей группе относятся факторы, обусловленные макросоциальными процессами и влиянием как непосредственного социального окружения ветерана на процесс его социально-психологической адаптации, так и политики государства в целом по отношению к участникам конкретного локального конфликта (3, 7, 11,13).

С целью оценки особенностей социально-психологической адаптации военнослужащих, получивших тяжелые ранения в ходе ведения боевых действий в Чеченской республике в 1994-1996 годах, было проведено специальное исследование.

Материалы и методы. Для решения поставленной задачи была составлена анкета, которая рассылалась раненым, проходившим курс реабилитационного лечения в 6-м Центральном военном клиническом госпитале. Исследование проводилось весной 2001 года. Содержание анкеты охватывало широкий круг вопросов качества жизни (брака и семьи, образования, профессиональной деятельности, материального положения, состояния психического и физического здоровья, обращаемости за медицинской помощью, социального обеспечения, отношения к будущему и др.). По структуре проведенный нами опрос был линейным (респондент последовательно переходил от одного вопроса к другому), групповым, заочным (анкеты рассылались по почте) и персонифицированным. Анкета содержала три смысловых блока. В один входили вопросы, направленные на установление признаков посттравматического стрессового расстройства. Другой блок включал вопросы, выясняющие состояние физического здоровья ветеранов, уровень медицинского обслуживания и т.д. Третий блок освещал особенности социально-экономического, профессионального, образовательного статуса ветеранов, их отношение к своему будущему. Среди показателей, отражающих уровень социально-психологической адаптации человека, в представленной работе основное внимание уделялось суицидальному поведению, уровню потребления алкоголя и наркотиков, характеру трудовой активности и занятости.

Результаты и обсуждение. Из 131 разосланной анкеты были заполнены и возвращены 76. Учитывая тот факт, что в 11 случаях адресаты сменили место жительства, процент возврата корреспонденции (66,4 %) можно считать вполне приемлемым для содержательного анализа.

Средний возраст опрошенных 26 лет (от 23 до 41 года). Военнослужащие по призыву (рядовые и сержанты) составили 76%; военнослужащие по контракту 24%; в том числе, рядовые, сержанты и прапорщики 10%, младшие офицеры 12%, старшие офицеры 2%. Средняя продолжительность службы в условиях боевых действий к моменту

получения ранения составила 2 месяца. Перед участием в боевых действиях 73% военнослужащих по призыву прошли предварительную подготовку в условиях учебных центров и принимали участие в боевых действиях по полученной военной специальности; 27% не получили предварительной подготовки. 20% военнослужащих по контракту имели опыт ведения боевых действий в Афганистане, Абхазии, Приднестровье.

Как было установлено, 83% военнослужащих проживают в сельской местности или населенных пунктах численностью до 100 тыс. человек. Этот фактор обусловливает дополнительные трудности социально-психологической адаптации, так как в настоящее время трудоустройство и медицинское обслуживание, имеющее огромное значение для ветеранов с последствиями тяжелых ранений и ампутациями, в сельской местности и небольших городах чрезвычайно затруднено. В анкетах многие ветераны указывают на крайне неудовлетворительное медицинское обслуживание по месту жительства, на факты бесчеловечного отношения к ним медицинских работников, которые снимают инвалидность с нетрудоспособных людей, лишая их пенсии, которая является для них едва ли не единственным источником существования.

Три человека, как мы узнали из писем родственников, покончили с собой (один в 1999 году, двое - в 2000), один отбывает наказание в местах лишения свободы. Один офицер, прошедший реабилитацию после ранения в 1995 году, погиб в августе 1996 года в боях за Грозный. Ветераны, покончившие жизнь самоубийством, составили 3,9 % от общего числа обследованных. Для сравнения - количество самоубийств в России в последние годы составляет 32 человека на 100 тыс. жителей в год (0,032 %) (9). Т.е. среди ветеранов этот показатель на два порядка выше. По статистическим данным, на один завершенный суицид приходится 8 – 10 попыток (парасуициды). В нашей выборке этот показатель составил 17 % опрошенных. Из писем родственников можно заключить, что толчком к совершению суицидов и попыток суицидов становятся, главным образом, тяжелейшие материальные условия жизни ветеранов. Суицидальные мысли возникали еще у 30% респондентов. Оценивая характеристики суицидального поведения, необходимо учитывать, что, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 25 случаев завершенных самоубийств в год на 100 тысяч человек является критической планкой, свидетельствующей о социальном неблагополучии общества. Среди обследованной нами группы ветеранов процент завершенных суицидов и суицидальных попыток значительно превышает даже очень высокий общероссийский уровень и является одним из ведущих показателей наличия у них социально-психологической дезадаптации.

Другой важный показатель адаптированности человека – уровень потребления алкоголя и наркотиков. Из 76 респондентов 59 (77,6 %) ответили, что употребляют крепкие спиртные напитки чаще, чем один раз в неделю. Запои бывают у 23,6 % опрошенных и 32,9 % отмечают наличие похмельного синдрома. Агрессивное поведение в состоянии опьянения

подтвердили 57,9 % из числа опрошенных. 21,1 % из числа опрошенных заявили, что хотя бы раз в истекшем году принимали наркотические препараты. У 2 из них такой эпизод был единичным. Один ветеран проходил курс лечения от наркотической зависимости. По данным НИИ Наркологии Минздрава РФ, число зарегистрированных взрослых больных наркоманиями составило в 1999 году 141 человек на 100 тысяч населения (0,14 %). По тем же данным для оценки реальной заболеваемости наркоманиями необходимо число больных, взятых на учет, увеличить в 8-10 раз. Мы не можем достоверно точно судить о конкретных показателях заболеваемости наркоманиями у исследуемого контингента, но представленные в нашем исследовании данные, без сомнения, превышают среднестатистические показатели.

Важнейший показатель социально-психологической адаптации - уровень трудовой активности. Всего среди опрошенных работают 48%. 86% работающих ветеранов имеют рабочие специальности, занимаются физическим или ручным трудом низкой квалификации, а также сельскохозяйственным трудом. Причиной отсутствия работы 38% называют инвалидность. Подавляющее большинство неработающих высказывало желание найти подходящую работу. Источником дохода для 37% ветеранов является пенсия, 10% живут на пенсию и работают, 8% находятся на иждивении семьи и не получают пенсий и льгот. Доходы у 65% в 1999 году не достигали 900 рублей в месяц на одного человека в семье. По данным Госкомстата, прожиточный минимум по итогам 1999 года составил 908 рублей в месяц на одного человека. Таким образом, больше половины респондентов живут за чертой бедности.

13% опрошенных не имеют законченного среднего образования. Среднее образование имеют 15% респондентов. 62% получили среднее специальное или среднее техническое образование, 12% имеют высшее или незаконченное высшее образование (практически все – офицеры). Продолжить образование после службы в армии удалось 26% респондентов.

По прошествии 5-6 лет после пребывания в условиях боевой обстановки у большинства ветеранов отмечаются хотя бы отдельные симптомы, входящие в критерии ПТСР и свидетельствующие о наличии психологического и социально-психологического неблагополучия. К числу наиболее частых из них относятся: ухудшение памяти (62%), бессонница (чаще, чем 1 раз в неделю – у 48 % респондентов), ночные кошмары (46%), тревога (21 %), немотивированная враждебность по отношению к окружающим (22%) и разного рода фобии (12%).

На основе всех выше перечисленных данных, с целью выявления предрасполагающих факторов социально-психологической дезадаптации ветеранов локальных военных конфликтов, из числа принявших участие в опросе ветеранов было выделено две подгруппы. В первую подгруппу (30 человек) были включены лица с достаточным уровнем социально-психологической адаптации, сумевшие адаптироваться к правилам и нормам жизни гражданского общества, найти адекватную своему состоянию

здоровья виды деятельности, имеющие семью, достаточно широкий круг общения, не имеющие признаков алкогольной и наркотической зависимости, суицидальных попыток, серьезных правонарушений. Практически все они более или менее удовлетворены своей жизнью, что может являться свидетельством приемлемого уровня качества жизни.

Вторую подгруппу (46 человек) составили ветераны с признаками социальной дезадаптации, к которым мы отнесли: суицидальные попытки, признаки алкогольной и наркотической зависимости, наличие серьезных правонарушений, общую неудовлетворенность своим существованием и отсутствие осмысленных жизненных перспектив. Сравнение двух групп исследуемого контингента позволило выявить факторы, которые во многом определяют успешность социальной адаптации. Можно сказать, что вероятность успешной адаптации выше у жителей городов, имеющих доход свыше 1000 рублей в месяц и более высокий уровень образования. Тяжелое ранение существенно снижает шансы успешной адаптации. Интересно отметить, что, например, ампутации конечностей не являются препятствием для успешной адаптации, но раненые, имеющие косметический дефект, в гражданской жизни имеют очень серьёзные проблемы.

Таким образом, ветераны локальных вооруженных конфликтов, получившие в ходе боевых действий серьезные ранения, являются группой, неблагополучной в социально-психологическом и экономическом отношении. Прогноз качества жизни ветеранов-инвалидов в отдаленном периоде весьма неутешителен. Эта группа населения характеризуется более высоким уровнем различных девиаций, таких как алкогольная и наркотическая зависимость, правонарушения, суицидальное поведение. При этом уровень социальной защищенности и материального благополучия этой категории граждан ниже среднестатистического.

Изучение вопроса послевоенной адаптации и реабилитации инвалидов локальных военных конфликтов в России приводит к необходимости сравнения положения дел у нас и в других постоянно воюющих странах, например, США. Появление к середине 70-ых годов 20 века огромного количества социальных проблем, связанных с послевоенной адаптацией ветеранов войны во Вьетнаме, заставило американское общество предпринять решительные шаги по созданию целой системы помощи участникам войны. Возглавило эту систему специально созданное правительственное учреждение - Администрация по делам ветеранов, которое стало координатором многочисленных научно-исследовательских, медицинских и социальных программ содействия послевоенной адаптации вчерашних солдат. Интересно отметить, что в фокусе внимания специалистов (медиков, психологов, социальных работников) вплоть до 90-ых годов находились даже вьетнамские ветераны, которые переехали на жительство в Новую Зеландию (всего около тысячи человек).

В России правовая неурегулированность и нерешенность многих вопросов, связанных с дальнейшей судьбой участников локальных

конфликтов, получивших ранения, является одним из главных факторов, обусловливающих развитие различных форм дезадаптивного поведения.

Литература:

1. Абдурахманов Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана // Психологический журнал, М., 1992. т.13, №1. – С.131-134

2. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация. – М.: Наука, 1976. – С.272.

3. Алексеева Д.А., Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Якубзон А.М. Основные типы психологической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия. Методические рекомендации. - Л.: Издательство Института им. В.М. Бехтерева, 1990. – С.17.

4. Березовец В.В. Социально-психологическая реабилитация ветеранов боевых действий: Дисс. … канд. психол. наук. - М., 1997. - С.163.

5. Захаров Ю.М., Захаров В.И. Информационное обеспечение медико-социальной реабилитации участников войн. - СПб. – 1999.—408 с.

6. Кряжева И.К. Социально-психологические факторы адаптации личности: Дисс …канд. психол. наук. – М., 1980. – С.159.

7. Лазебная Е.О., Зеленова М.В. Военно-травматический стресс: особенности посттравматической адаптации участников боевых действий. // Психологический журнал. – М., 1999. - №5. – С. 62-74

8. Литвинцев С.В. Клинико-организационные проблемы оказания психиатрической помощи военнослужащим в Афганистане.: Автореф. дисс...докт.мед.н.— СПб., 1994. – С. 37.

9. Литвинцев С.В., Шамрей В.К., Рустанович А.В., Попик И.Г. Суицидальное поведение военнослужащих, проходящих военную службу по контракту. // Вон.-мед. журнал, М., 2002., №7. – С. 29-31.

10. Маклаков А.Г., Чермянин С.В., Шустов Е.Б. Проблемы прогнозирования психологических последствий локальных военных конфликтов // Психологический журнал, М., 1998. т. 19. № 2, С. 15-26

11. Назаров В.А., Захаров А.В. Сравнительный анализ факторов, влияющих на состояние психического и социального здоровья инвалидов-участников боевых действий в Чеченской республике и в республике Афганистан. // Проблемы реабилитации. – СПб., 2000. №2. – С. 122-125

12. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. – С.128.

13. Титов М.К. Социальная адаптация ветеранов войны в Афганистане: Дисс. … канд. социол. наук. - М., 1993. – С.165.

Глава 6. ВОЗМОЖНОСТИ МЕТОДОВ ГУМАНИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.

« И я знаю: все, что камнем осядет в наших душах, пока мы находимся на войне, всплывет в них потом, после войны, и вот тогда-то и начнется большой разговор, об этих вещах, от которого будет зависеть, жить нам дальше или не жить»

Э.М. Ремарк.

Группа военных психологов под руководством Корчемного П.А. в составе Крука В.М., Раздуева В.А., Абдурахманова Р.А., Бортника И. Н., Митасовой Е.В., Сабанцева Н.Г., Шкуропата А.В. участвовала в реабилитационной работе с ранеными военнослужащими, находящимися на излечении в третьем травматологическом отделении военного госпиталя им. Н.Н. Бурденко, во время боевых действий в Чеченской республике 95-96 гг.

Объектом нашей работы были раненые солдаты и офицеры, вывезенные непосредственно из зоны боевых действий, у которых отмечались травматические ранения опорно-двигательного аппарата, и в соответствии с этим имело место полное ограничение двигательных возможностей на период работы с ними. Возраст раненых был от 19 до 23-х лет.

Сложность психологической помощи раненым связана со многими факторами.

Во-первых, сами военнослужащие часто не осознают необходимости такого рода лечения.

Во-вторых, основной проблемой, которую предъявляют раненые, является боль, однако для стойкого устранения болевого синдрома требуется решение и многих других личностных проблем, касающихся не только заболевания, не ведущих к психоэмоциональному перенапряжению.

В-третьих, решение этих проблем часто возможно лишь при изменении того типа эмоционального, когнитивного, поведенческого реагирования больного, который формировался с самого раннего детства на основании врожденных свойств высшей нервной деятельности под влиянием условий социальной среды, то есть имеет устойчивый характер.

В-четвертых, выбор конкретной оптимальной методики психологического воздействия из существующего в настоящего времени многообразия направлений, и техник психокоррекционной работы затруднен в связи с отсутствием сведений об их сравнительной эффективности у данного контингента раненых.

Все вышеизложенное определяет необходимость разработки методологии психологической и психотерапевтической помощи раненым в условиях медицинского учреждения.

Особенности терапевтической работы в условиях больничной палаты

Характер существования госпитальной палаты предполагает возможность, посещения ее гостями (ходячие раненые из других палат, уборщиц и т. д.) и медицинским персоналом в любое время суток. При этом абсолютно не учитывается состояние окружающих. Каждый вновь входящий, сосредоточен только на достижении своей цели. Например, можно войти в

палату и громко поздороваться со всеми, и даже пожать каждому руку, не заметив при этом, что кто-то спал до его прихода. Сами раненые не очень-то считаются друг с другом, и живут отдельной самостоятельной жизнью, каждый в себе, в своих болях и переживаниях.

В связи с этим можно выделить следующие особенности психотерапевтической работы:

1. Невозможность работы с ранеными конфиденциально, один на один (без свидетелей и других всевозможных мешающих и отвлекающих моментов)
2. Работа в условиях замкнутого пространства больничной палаты, с лежачими больными (ограничение выборов способов психотерапии).
3. Начало работы в отсутствии клиентского запроса (не клиент идет к терапевту, а терапевт - к клиенту). Мы завоевывали право стать личным психотерапевтом для каждого раненого, превращали жалобы в запрос (не могу спать - нужен человек сочувствующий, переживающий, принимающий).
4. Монологический характер работы (говорили они). Выговариваясь, на наш взгляд, они завершали свои гештальты.
5. Необходимость создания в больничной палате общей «терапевтической» атмосферы, без которой помощь конкретному раненому будет затруднена.
6. Зависимость выбора терапевтической стратегии от типологии восприятия войны ранеными. Нами была выявлена следующая типология участников боевых действий:

- «Боевик» – воевать, стрелять для него интересно.
- «Рабочий». Война для него - работа, обычное дело.
- «Непонимающий». Его отличает фрустрация, непонимание происходящего, слом стереотипа «врага - друг».
- «Сильный». В основе этого типа лежит стремление к самореализации. Его девиз: «Я – могу это».

Такая специфика работы обусловливает большое значение личности психотерапевта. «Ключ к исцелению, - писал Роджерс, – находятся у клиента, но терапевт должен обладать определенными личными качествами, способными помочь клиенту научиться использовать эти ключи».

На наш взгляд, наиболее важным, оказалось установление терапевтических отношений, а не использование каких-либо техник или интерпретация событий. Главная цель нашей работы - личностный рост раненого, позволяющий раненому найти в себе силы для жизни дальше, даже после смерти друзей, даже став инвалидами.

В связи с этим при работе с ранеными требуется чрезвычайная гибкость психотерапевта и владение многими приемами помогающей психологии.

Основные направления психотерапевтической работы и пути их реализации

В соответствии с психологическими последствиями воздействия стресс-факторов боевой и социальной обстановки основными направлениями психотерапевтической работы были следующие:

- нахождение и показ смысла боевой деятельности военнослужащих и гибели их товарищей;
- осознание настоящего, адаптация к новым условиям жизни в больничной палате (замкнутый круг общения, беспомощность и ограничение движений, оторванность от дома, родных и близких друзей);
- преодоление духовного кризиса, потери смысла жизни, фрустрации.
- обретение нового смысла жизни с ограниченными физическими возможностями;
- купирование боли, нормализация сна, подготовка к операциям;
- работа по ассимиляции психотравмирующего опыта с различными страхами (за свою жизнь, новой боли при перевязках и операциях, ампутации и инвалидизации, страх за будущее), кошмарными снами, чувством вины;
- работа с родственниками раненых;
- обучение раненых самостоятельно справляться со своими проблемами.

Практика показала, что для разрешения данных вопросов как нельзя лучше подходят принципы гуманистической психотерапии, роджерианский подход, логотерапия Франкла. Важнейшими из них являются:

1. Безусловное принятие клиента, теплое расположение как к человеку, имеющему безусловную ценность, независимо от его состояния, поведения, чувств.
2. Взгляд на человека как на высшее совершенное произведение природы в органическом единстве телесной и духовной жизни (проявление конгруэнтности, как способности положительно воспринимать все, что переживает в данный момент клиент и соответствующим образом сообщать об этих переживаниях другому человеку);
3. Эмпатическое понимание позиции клиента. Умение чувствовать его внутренний мир, как свой собственный.
4. Умение поддерживать в человеке уверенность в его внутренних силах, утвердить в нем веру в свои способности к самоисцелению, самосовершенствованию.
5. Забота о духовном и личностном росте клиента (чтение книг, беседы, просмотр определенных видео фильмов), т. е. создание условий для постепенной ассимиляции психотравмирующего опыта.
6. Работа с опытом переживания клиента (сегодня в данный момент и по месту) здесь и теперь.

Этапы, динамика, и методы терапевтической работы.

В работе использовались методы, как групповой, так и индивидуальной психотерапии, наиболее эффективными оказались:

1. Установление психотерапевтических отношений. Как писал В.Франкл: «…. личность терапевта-это инструмент и хитрость в том, что нет ни какой методики, ни каких приемов, надо только по человечески сочувствовать и любить пациента». И именно на базе установления таких теплых, дружеских, поддерживающих терапевтических отношений и строилась дальнейшая психореабилитационная работа.

2. Работа с болью. Снятие болевых ощущений. Научиться жить с физической болью в условиях ограничения движения.

Основными методами этой работы являются: телесно-ориентированная психотерапия, техники НЛП, медитации, релаксационной техники с музыкальным оформлением.

3. Работа со страхами:

а) с присущими всем страхи:

· за свою жизнь перед операциями;

· за свою жизнь в будущем;

· страхом предстоящей новой боли при перевязках и операциях;

· страх ампутации и невозможности дальнейшего полноценного существования, будущей, инвалидности.

б) с индивидуальными страхами:

· страх быть убитым во время сна;

· страх заснуть из-за повторяющихся кошмарных снов.

· страх преследования.

Основные методы работы: техники НЛП, телесно-ориентированной психотерапия.

4. Восстановление смысла жизни. Для тех, у кого нет желания жить, фрустрированных, депрессивных раненых. Методы: духовные практики, логотерапия.

5. Обретение нового смысла жизни. Принятие ранеными смысла их боевой деятельности и гибели их друзей. Методы: логотерапия, сказкотерапия, библио- и кинотерапия, встречи с «афганцами», знакомство с «военной» субкультурой (стихи, песни).

«Жизнь, - писал В. Франкл, - человека не может лишиться смысла, ни при каких обстоятельствах. Смысл жизни всегда может быть найден. И человек свободен, найти и реализовать смысл жизни, даже если его свобода заметно ограничена объективными обстоятельствами».

Необходимо подчеркнуть, что в процессе работы на всех ее этапах, психотерапевт не только оказывает поддержку и помощь, но и учит раненых справляться со своими проблемами. Если в начале работы локус оценки находится в большей степени на психотерапевте, то в ходе работы он должен перейти в клиента (человек сам знает, что ему делать).

С учетом проведенного анализа можно сделать следующие выводы:

1. Выявленная типология проблем, возникающих у раненых, может лечь в основу разработки комплексных программ подготовки специалистов в области психореабилитации.

2. Психотерапевтическая работа с ранеными должна проводиться не одним, а группой психологов, взаимно дополняющими друг друга.

3. Состав группы-поддержки должен быть гетерогенным, состоящим из мужчин и женщин, что способствует созданию возможностей раненным для более полного раскрытия (женщина воспринимается как мать).

4. Практика показала необходимость специальной подготовки психологов для проведения психореабилитационной работы, как индивидуальной, так и в форме групповой психотерапии.

5. Необходимо психологическое сопровождение от момента ранения и до полнейшего восстановления.

6. Необходим комплекс государственных мер по организации психо-реабилитационной службы при лечебных учреждений МО РФ.

Глава 7. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ТРЕНИНГ КАК СРЕДСТВО КОРРЕКЦИИ Я-КОНЦЕПЦИИ РАНЕНЫХ И ИНВАЛИДОВ ВОЙНЫ

Психология участников боевых действий, особенно инвалидов и раненых, подвергается существенным трансформациям. Качественно изменяются важнейшие составляющие их личности, система ее отношений к предметам окружающего мира, к другим людям, к деятельности. Специалистам хорошо известны проявления так называемого посттравматического стрессового расстройства: дистрессирующие воспоминания о психотравматическом событии, проблемы со сном, ночные кошмары на военную тему, гиперактивность (повышенная и избыточная реактивность на внешние влияния, раздражительность, агрессивность и др.) и т.д. Однако наиболее существенные изменения наблюдаются в компонентах их Я-концепции, являющейся важнейшим механизмом регуляции социального поведения человека.

В современной психологии под Я-концепцией понимается относительно устойчивая, преимущественно осознаваемая переживаемая как уникальная система представлений человека о самом себе, на основе которой он строит свое отношение с другими людьми и относится к себе.

Результаты ряда исследований показывают, что рассогласование таких модальных проявлений Я-концепции, как Я-реальное, Я-идеальное, Я-желаемое, Я-зеркальное, Я-физическое выступает психологической основой для возникновения острых и затяжных внутриличностных конфликтов и социальной дезадаптации.

Специфическими характеристиками переживания дисгармоничной Я-концепции у раненых и инвалидов является особая их драматичность, пролонгированность, постоянная воспроизводимость, высокая личностная значимость и др.

Однако в рамках данного исследования мы сознательно вычленили лишь те элементы Я-концепции, которые, на наш взгляд, в наибольшей мере могут характеризовать содержание представлений о себе раненых и ветеранов войны. Это, прежде всего, восприятие человеком своих коммуникативных

качеств. По нашему мнению в содержании этого восприятия сопрягаются самооценка человеком его коммуникативных способностей, оценка объективных возможностей реализации этих способностей, восприятие личности социальным окружением (Я-зеркальное).

Другим элементом Я-концепции, взятым нами для исследования, является самовосприятие и самооценка наиболее значимых ценностей. Анализ таких ценностей позволяет оценить важнейшие личностные качества.

Третьим элементом Я-концепции, подвергшимся анализу являлось самовосприятие объектов, процессов и явлений, которые можно охарактеризовать как антиценности, то есть наиболее нелюбимых.

В литературе отмечается возможность использования групповой психологической работы для коррекции таких базовых личностных феноменов, как самооценка, коммуникативная компетентность и др. Эта идея стала фундаментом для изучения возможности применения социально-психологического тренинга в интересах развития и коррекции Я-концепции участников и инвалидов войны.

Экспериментальное исследование влияния процедур социально-психологического тренинга на развитие Я-концепции инвалидов и участников войны проводилось в рамках реабилитационной акции «Память и милосердие» в период с 4 по 25 ноября 2002 года в ЦМР «Русь».

Композиция тренинговых групп формировалась случайным образом. В число участников тренинга входили мужчины и женщины различного возраста, образовательного ценза, воинских званий, социального статуса, состояния здоровья, организационно входившие в две учебные группы.

Первая группа состояла из участников и инвалидов боевых действий в Чечне, а также жен ветеранов войны из других групп. Среди участников группы были ветеран с ампутированными конечностями (ноги), осколочными и пулевыми ранениями, черепно-мозговыми травмами и контузиями.

Вторая группа включала ветеранов и инвалидов боевых действий в Афганистане и жены ветеранов войны из других групп. Среди членов группы были инвалиды с ампутированными руками и ногами, травмами позвоночника, черепно-мозговыми травмами, пулевыми ранениями.

Программа социально-психологического тренинга нацеливалась на диагностику, развитие и коррекцию самовосприятия участниками занятий своих коммуникативных качеств, наиболее значимых ценностей и антиценностей.

Методическая схема предполагала последовательную реализацию целевых установок тренинга на каждом занятии с сохранением повседневной, сквозной, ориентации на обеспечение углубленного самопознания участников, переформирования их когнитивного пространства, ощущение ценности собственной личности, овладение властью над закрепленными в личностных структурах и поведении психологическими последствиями войны, формирование уверенности в собственных возможностях.

Изучение самооценки коммуникативных качеств участников осуществлялось в 6 этапов в рамках выполнения упражнения «Коммуникативные качества».

На первом этапе участники в индивидуальном режиме выделяли по 10 коммуникативных качеств, определяющих эффективность взаимодействия с людьми.

На втором этапе на основе предъявления и обсуждения индивидуальных списков вырабатывался общегрупповой список наиболее важных коммуникативных качеств. В него вошли следующие качества: 1. Общие у «афганцев» и «чеченцев»: доброта, открытость, дружелюбие, способность понимать партнера.2. По оценкам группы «афганцев»: уважительность, правдивость, раскованность, коммуникабельность, обязательность, аккуратность. 3. По оценкам группы «чеченцев»: внимательность, красноречие, терпимость, искренность, такт, эрудированность.

На третьем этапе каждый участник по 5-балльной шкале оценивал степень выраженности у себя качеств из группового списка.

На четвертом этапе (на последующих занятиях) осуществлялась групповая оценка коммуникативных качеств каждого участника. В большинстве случаев включался механизм конфронтации, то есть столкновения участника с разностью его собственной и групповой оценки развитости и выраженности его коммуникативных качеств. Конфронтация являлась основным механизм побуждения участников к изменению самооценки и саморазвитию.

На пятом этапе у участников испрашивалось решение о том, оценку каких качеств они хотели бы изменить, и осуществлялось изменение.

На шестом (шестое занятие) этапе осуществлялась итоговая самооценка сформированности и выраженности коммуникативных качеств и их сравнение с первой их оценкой.

Обработка полученных результатов показала, что в экспериментальной группе наибольшим изменениям подверглись такие качества, как «раскованность» (на 1,2 балла), «коммуникабельность» (желание общаться) (на 1 балл), «открытость» (на 0,4 балла).

Особый эффект получен за счет возможности просмотра участниками тренинга наиболее важных моментов тренинга в видеозаписи.

Результаты наблюдения показывают, что в процессе тренинга произошли заметные позитивные сдвиги в показателях самовосприятия и коммуникативных действий большинства участников. Например, Валера (афганец, ампутирована кисть левой руки) – в начале тренинга для него был немногословен, смотрел на окружающих "исподлобья" Его мимика отличалась асимметричностью, жесты были по преимуществу закрытые, отмечалось желание скрыть наличие протеза. В ходе тренинга его мимика стала разнообразнее, пластичнее, более открытыми стали жесты. Группа, в итоге, оценила его коммуникативные способности выше, чем он сам себя оценивал. Это заметно повлияло на изменение его самовосприятия и Я-зеркального. На завершающем этапе тренинга он вел себя раскованно,

естественно, уверенно, взгляд был открытый, прямой, желание прятать протез исчезло), рукава рубашки были закатаны). Эти результаты особенно впечатляют, если учесть, что перед началом тренинга у Валеры был длительный запой, наблюдались депрессивные проявления, и отмечалось желание уехать домой.

Исследование личностных ценностей и антиценностей осуществлялось следующим образом. В рамках выполнения упражнения «Визитка» участники в индивидуальном порядке оценивали те объекты, явления и процессы, которые вызывают у них чувство любви и те, которые им явно не нравятся. Результаты самооценки оформлялись в виде визитки (бейджа), которая прикалывалась к одежде на груди участников.

Анализ показал, что наиболее часто «афганцами» и «чеченцами» выбираются такие ценности, как семья, дети, общение, работа. Существует определенная разница в выборах ценностей данными категориями обследуемых. «Афганцы» чаще предпочитают природу, хорошую погоду, рыбалку, охоту, грибы, книги, «чеченцы»- жизнь и красивых женщин.

Предполагаем, что в основе такого различия лежит временной фактор. «Афганцы», вернувшиеся в мирную жизнь более десяти лет назад, вновь поверили в определенную упорядоченность и прочность мира, мирной жизни, и отдались «спокойным» жизненным радостям. У «чеченцев» же еще свежо «дыхание смерти», и они торопятся «насытиться» самыми главными и яркими ценностями.

Интересен общий обзор и динамика самооценки участниками «антиценностей», то есть наиболее нелюбимых объектов.

Общей антиценностью, которую выделили и те, и другие, является ложь. На второе место "афганцы" поставили предательство, в то время как "чеченцы" выбрали грубость и хамство. То есть подтверждается факт резкой выраженности у участников войны нетерпимости к любым (явным или скрытым) нарушениям человеческого достоинства, порядочности в межличностных отношениях. Видимо по этой причине именно неприятие ветеранов войны обществом, унижение их чести и достоинства нередко становится причиной их конфликтов с социальным окружением, повышенной агрессивности, правонарушений.

Актуальной антиценностью для обеих групп является бесполезное времяпрепровождение, об этом свидетельствуют одинаковые показатели по данной шкале. Видимо у участников боевых действий каждый вид активности (в том числе и не сопровождающийся активной деятельностью) более четко сопряжен с понятиями «смысл», «польза», «функциональность». Здесь, скорей всего, говорит выработанная в боевой обстановке привычка «отдыхать тогда, когда необходимо, столько, сколько необходимо», «делать то, что полезно» и т.д.

Позже участники знакомились с визитками друг друга в процессе свободного перемещения по аудитории. Затем в ходе свободной дискуссии выяснялась и оценивалась выраженность важнейших качеств личности

каждого участника. После чего участникам предлагалось уточнить (исправить, дописать) содержание визитки.

В результате многие качества подверглись уточнению и изменению. В процессе СПТ ряд участников тренинга уточнили, изменили предпочитаемые ценности. Все это свидетельствует о том, что СПТ является достаточно эффективным средством личностного роста участников инвалидов войны. Он позволяет участникам глубже познать свои психологические и личностные особенности, скорректировать когнитивную модель жизнедеятельности, восстановить ощущение ценности собственной личности, укрепить уверенность в своих силах, снизить чувство изолированности, психологического комфорта, сформировать умения и навыки эффективного взаимодействия, научить участников приемам психической саморегуляции и расширения своих психологических возможностей в интересах снижения тревожности и восстановления чувства личностной целостности и контроля над событиями и эффективного общения, решить личностные проблемы участников.

Литература:

Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. М.: Медицина, 1991.

Вачков И.В. Основы технологии группового тренинга. М.: Ось-89, 1999.

Емельянов Ю.Н. Активное социально-психологическое обучение. Л.: ЛГУ, 1985.

Калмыкова Е.С., Мисько Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности психотерапии посттравматического стресса // Психол. журн. 2001. .№4. С.72.

Корчемный П. Из боя так просто не выйдешь // Независ. воен. обозр. 1997. №6.

Кучер А., Крохмалев А., Мисюра В., Соловьев И. Солдат вернулся с войны // Ориентир. 1996. №12. С. 17-24.

Ли Д. Практика группового тренинга. СПб.: Питер, 2002.

Марасанов Г.И. Социально-психологический тренинг. М.: Совершенство, 1998.

Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Снедков Е.В., Маликов Ю.К., Саламатов В.Е. Психолого-психиатрические аспекты реабилитации участников войны // Медицинская реабилитация раненых и больных. СПб., 1997.

Прутченков А.С. Социально-психологический тренинг в школе. М.: ЭКСМО-Пресс, 2001.

Пушкарев А.Л., Доморацикий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. М., 2000.

Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы: Теория и практика. СПб.: Питер, 2000.

Соловьев И.О. Посттравматический стрессовый синдром… М., 2000,

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса…М., 2001.

Черепанова Е.М. Саморегуляция и самопомощь при работе в экстремальных условиях. М., 1995.

Глава 8. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ-УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ ПОСРЕДСТВОМ КЛИЕНТОЦЕНТРИРОВАННОГО ПОДХОДА К. РОДЖЕРСА

Клиентоцентрированный подход К. Роджерса мало используется в психологической практике военных психологов в целях психологической реабилитации военнослужащих-участников боевых действий. Частично это объясняется обычным культурным запаздыванием при воплощении каких-либо эффективных программ в сфере практического знания. Частично - появлением в психологической практике все большего количества различного рода психотерапий, по мнению их авторов способных быстро решать психологические проблемы клиентов (например, НЛП). Но, несмотря на это, существует много причин, позволяющих предположить, что клиентоцентрированная терапия или консультирование может использоваться в военных программах по реабилитации военнослужащих-участников боевых действий.

Так боевой дух, морально-нравственный климат в высокой степени зависит от адаптированности и благоприятных человеческих взаимоотношений в военной среде. Симптоматика же ПТСР, с которой сталкивается воинский коллектив, имеющий в своих рядах военнослужащих-участников боевых действий, не всегда способствует этому. Многие такие военнослужащие сталкиваются с новыми для них сложными ситуациями – они вынуждены приспосабливаться к начальству, новым социальным группам воинским коллективам, которые знают о войне лишь понаслышке, им необходимо пересмотреть профессиональные планы, считаться с неопределенностью будущего. Некоторые из них способны ассимилировать эти проблемы и могут без посторонней помощи выработать новую ориентацию в подобной ситуации. Но многие на это не способны, и у них возникает недовольство, невротические тенденции, они пребывают в угнетенном состоянии.

Необходимость программы консультирования относится не только к тем, кто служит в Вооруженных силах, но, быть может, еще в большей мере, к неизбежному периоду увольнения в запас, со всеми вытекающими отсюда трудностями приспособления. Этим людям приходится сталкиваться с проблемой трудоустройства, возобновления семейных отношений, с необходимостью самообеспечения, развития новых социальных связей.

Как пишет К.Роджерс, «опыт последней войны (имеется ввиду вторая мировая война) показал, что в такой ситуации человеку, прежде всего, требуется такая терапия, посредством которой можно помочь обрести самостоятельность, расстаться с приказной формой существования в армии, где ответственность можно удобно переносить на «вышестоящего», помочь ему снова научиться принимать решения, осуществлять выбор, брать на себя ответственность, как это делают взрослые люди в обычной жизни».

«Имеющийся опыт использования консультирования во время войны, - пишет далее К.Роджерс, - это работа по реадаптации огромного количества людей, которые пострадали психологически. Развитие невротических механизмов и случаи бегства от реальности среди офицеров и рядовых в военное время, наконец, стали восприниматься как одна из острейших проблем современной армии. Психическая структура индивида лишается стабильности из-за ужасных стрессов, являющихся частью современной войны, с ее двумя особенностями – механизированностью военных действий и «войной нервов». «Психологическое консультирование, - заключает К.Роджерс, - может многое предложить для переориентации и лечения тех, кто стал жертвой этой войны человечества против себя». Это, конечно же, касается любой войны.

Что же предлагает нам клиентцентрированный подход для решения проблемы реабилитации военнослужащих-участников боевых действий?

Основная гипотеза, которая лежит в основе понимания тех действий, которые осуществляет психолог-консультант, кратко определяется следующим образом: эффективное консультирование представляет собой определенным образом структурированное, свободное от предписаний взаимодействие, которое позволяет клиенту-военнослужащему достичь осознания самого себя настолько, что дает ему возможность сделать позитивные шаги в свете его новой ориентации. Следовательно, все используемые методы должны быть нацелены на создание этого свободного от предписаний взаимодействия, направленного на осознание клиентом-военнослужащим самого себя как в ситуации консультирования, так и других взаимоотношений и на выработку у него тенденции к позитивным действиям за пределами консультационного взаимодействия на основе собственной инициативы.

Особенностями клиентцентрированного подхода является то, что он прямо направлен на большую независимость и целостность личности. Человек, а не проблема ставится во главу угла. Цель – не решить отдельную проблему, а помочь индивиду «вырасти» таким образом, чтобы он сам смог справляться с существующей, а также с последующими проблемами, будучи уже более интегрированной личностью. Если клиент-военнослужащий сможет обрести достаточную целостность, чтобы решить какую-то одну проблему, являясь в большей степени личностью независимой, ответственной, ясно мыслящей и хорошо организованной, то на этом же уровне он сможет решать и все свои новые проблемы.

Исходя из этого основными положениями подхода в психотерапии, предложенного К. Роджерсом, сводятся к следующему.

1) Сам клиент всегда стремится к внутреннему росту, здоровью и адаптации. Роль терапевта заключается в том, чтобы использовать это стремление и направить клиента по нужному пути. При этом базовая установка, которой руководствуется психолог-консультант, сводится к тому, что он решает действовать, исходя из предположения о том, что человек имеет достаточно ресурсов и возможностей, чтобы конструктивно

проработать все аспекты собственной жизни, какие только доступны для его осознания (блокированного симптоматикой). Это предполагает создание такой ситуации межличностного взаимодействия, в которой любой материал может попасть в поле зрения клиента и стать доступным его осознанию, а также ситуации, в которой консультант демонстрирует свое безусловное принятие клиента как человека, который способен самостоятельно строить свою жизнь. Психолог консультант во взаимодействии с клиентом-военнослужащим действует, исходя из этого предположения таким образом, чтобы всегда быть готовым увидеть те моменты, которые противоречат этому предположению, равно, как, и, те, которые его подтверждают.

2) Клиентцентрированный подход акцентируется больше на эмоциональных аспектах, нежели на интеллектуальных. Большинство проблем приспособления не связаны с ошибками знания. Знания не являются действенным фактором, поскольку они блокируются эмоциональным удовлетворением, которое возникает у человека в связи с дезадаптацией. Так, например, ветеран боевых действий осознает то, что он старается избегать всего, что может напомнить ему о перенесенной травме, другой знает, что проявление немотивированной агрессии по отношению к другим людям предосудительно и т.д. Но ни тот, ни другой ничего не могут поделать с этим. Обычно именно неосознаваемые эмоциональные факторы являются основой неприспособленности индивида. Исходя из этого, клиентцентрированный подход в максимальной степени направлен непосредственно на мир эмоций и чувств и не пытается осуществлять эмоциональную реорганизацию клиента-военнослужащего на основе интеллектуального подхода. Эти эмоциональные факторы довольно быстро открываются клиенту и консультанту, если в процессе консультирования консультант принимает выражаемые клиентом чувства и затем следует за ними.

3) Клиентцентрированный подход больше опирается на непосредственную конкретную ситуацию (по принципу «здесь и теперь»), а не на прошлый опыт индивидуума. Важнейшие эмоциональные паттерны клиента (немотивированная бдительность, «взрывная» реакция, притупленность эмоций, агрессивность, общая тревожность, приступы ярости и т.д.), которые используются для функционирования психики, те, которые по его ощущениям требуют серьезного рассмотрения, обнаруживаются в уже существующих способах приспособления, в т.ч. в ситуациях консультирования, так же как и в его прошлом опыте.

4) Клиентцентрированный подход - это не подготовка изменения клиента-военнослужащего, это и есть само изменение. Терапевтический сеанс – это сам по себе опыт роста, процесс роста личности. Здесь индивид учиться понимать себя, осуществлять значимый для него, независимый выбор, успешно строить отношения с другим человеком уже на другом, более зрелом уровне.

Консультант может помочь клиенту-военнослужащему только тогда, когда имеет место состояние определенного психологического дистресса,

возникающего из состояния некоего дисбаланса. Такие стрессы изначально и практически всецело могут иметь психический характер, и в их основании может лежать конфликт потребностей. Так социально неприспособленный ветеран боевых действий хочет стать более приспособленным и в то же время стремиться защитить себя от чувства униженности и неполноценности, которые переживает в случае, когда пытается вступить в те или иные социальные отношения. Например, он с трудом общается с родными, ограничивая контакты бытовыми темами, потому что родные «все равно не поймут». Другой старается избавить себя от общения с «довоенными» знакомыми, потому что те помнят их другими. Третьего вполне безобидные шутки в его адрес, которые никак не задели бы обычного человека, могут вызвать приступ агрессии, немотивированной жестокости.

В любом конфликте потребностей содержится весомая культурная составляющая и во многом конфликт порождается определенным новым требованием культуры, которое вступает в противоречие с потребностью индивида (ветерана боевых действий). Исходя из этого, психологическое консультирование может быть эффективным для ветерана лишь в том случае, когда существует конфликт потребностей и требований, который порождает напряжение и нуждается в разрешении. Наиболее точно это можно выразить следующим образом: прежде чем будет, достигнут терапевтический эффект, напряжение, вызванное конфликтом, должно быть болезненнее для индивида, нежели стресс от попытки разрешать этот конфликт. Т.е. давление обстоятельств должно быть настолько сильным, что дискомфорт, вызванный обсуждением возникшей проблемы, сильнее дискомфорта от избегания этой проблемы.

Когда потребность в помощи достаточно сильна, клиент-военнослужащий способен быстро вникать в значимый материал, и если консультант обладает великим умением внимательно слушать и не прерывать потока выражаемых клиентом чувств, то прогресс в лечении может быть достигнут очень быстро.

В основе эффективности клиентцентрированного подхода заложены, по крайней мере, четыре аспекта терапевтических взаимоотношений.

Во-первых, это теплота и отзывчивость со стороны консультанта, которые делают возможным установление раппорта, постепенно перерастающего в более глубокую эмоциональную связь. С точки зрения консультанта, это четко контролируемые отношения, где аффективная связь имеет определенные границы. Это выражается в неподдельном интересе к клиенту и принятии его как личности, он до некоторой степени эмоционально вовлечен в отношения. Он достаточно чувствителен к потребностям клиента, но, тем не менее, способен контролировать собственные идентификации, чтобы иметь возможность как можно лучше поддержать клиента.

Вторая особенность терапевтического взаимодействия – предоставление достаточной свободы выражения чувств. Вследствие принятия консультантом высказываний клиента, полного отсутствия морализаторских

и оценочных суждений, всепонимающего отношения, которое пронизывает всю терапевтическую (консультационную) сессию, клиент приходит к осознанию того, что все его чувства и отношения могут быть выражены. Угрызения по поводу совершенного в прошлом на войне, ненависть к себе, близким, нежелание обращаться за помощью, негодование и агрессивное поведение в отношении к консультанту – все имеет право на выражение. Т.е. клиент находится в ситуации, в которой он может насколько ему позволяет сопротивление выразить все запретные импульсы и скрытые установки, осложняющие жизнь.

Третий аспект ситуации консультирования заключается в том, что, несмотря на существующую полную свободу выражения эмоций, терапевтическая беседа развивается в определенных рамках, что придает ей структуру, которую клиент может использовать, делая открытия внутри себя. Клиент свободен в том смысле, что может прийти, а может не прийти на назначенный прием, может явиться вовремя или опоздать, может «убивать» целый час на пустую болтовню, дабы избежать своих реальных проблем или использовать время конструктивно. Но он не может руководить консультантом и занимать больше положенного времени (до 60 мин.), несмотря ни на какие отговорки. Кроме того, клиенту запрещается наносить вред другим, переводя свои импульсы в действие.

Четвертой характеристикой терапевтической ситуации является ее свобода от любого давления или принуждения. Консультант воздерживается от внесения в терапевтические ситуации своих собственных реакций или предубеждений. Совет, давление по поводу следования одному способу поведения в противовес другому – все это за пределами терапевтической ситуации. Сеанс – это время клиента, а не консультанта.

Одна из основных целей клиентцентрированного подхода – помощь клиенту в свободном выражении эмоциональных отношений, лежащих в основе его проблем и конфликтов, связанных с приспособлением. Для решения этой задачи консультант использует различные методы. Главным образом, это отреагирование на эмоции, а не на смысловое содержание материала, выражаемого клиентом, а также признание их на вербальном уровне.

В ходе этого процесса клиент-военнослужащий испытывает эмоциональное высвобождение от тех чувств и ощущений, которые до этого момента подавлялись им, что углубляет степень осознания основных элементов его жизненной ситуации и способствует более открытому и спокойному признанию своих собственных чувств. В ходе этого анализа он, кроме того, более ясно видит свою ситуацию и начинает осознавать взаимосвязи между различными ее элементами.

Свободное высвобождение эмоций и эмоционально окрашенных установок со стороны клиента в ходе терапевтических взаимоотношений принимающего типа неизбежно приводит к инсайту. Инсайт имеет тенденцию к постепенному созреванию и в целом проходит этапы от менее к более важному и значимому пониманию. Он включает новое восприятие

ранее неосознаваемых взаимосвязей, стремление принять все аспекты себя и выбор новых позитивных целей. Вслед за чем следуют инициируемые самим субъектом практические действия, которые направлены на достижение выбранных целей. Они порождают в клиенте новые чувства – уверенность и независимость – и таким образом усиливают новую ориентацию, развивающуюся по мере углубления инсайта.

Когда клиент достигает инсайта и приходит к самоосмыслению, выбирая новые цели, которые переориентируют его жизнь, консультирование входит в свою завершающую фазу.

В результате клиент-военнослужащий может, часто – впервые в жизни, быть подлинным, быть самим собой, отбрасывая свои защитные механизмы и сверхкомпенсации, которые не давали ему возможность эффективно взаимодействовать со всем миром. Он становится способным оценивать свои побуждения и поступки, свои конфликты и выборы, прошлые модели поведения и ныне существующие проблемы гораздо объективнее. Поведение становится адекватным ситуациям, устанавливаются нормальные социальные связи с окружающими, налаживается семейная жизнь. Уходят отреагированные на эмоциональном уровне галлюцинации, воспоминания, тревожность. Перестают тревожить мысли о самоубийстве. Чувство вины перед погибшими товарищами уступает чувству скорби о погибших. Появляется возможность дальнейшего личностного роста.

Таким образом, клиентцентрированный подход К.Роджерса является одним из эффективных психотехнических методов решения психологических проблем военнослужащих-участников боевых действий. Обучение военных психологов данному методу является необходимым и, соответственно, необходимо конституировать этот метод в программах подготовки военных психологов.